

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°
395

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

DOCTEUR ALEXANDRE BRUNO

Docteur en Médecine de l'Université Columbia, à New-York

Ancien interne des Hôpitaux Roosevelt, Sloane et Fordham, à New-York

Ancien Directeur-Adjoint de la

*" Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France ",
International Health Board, Rockefeller Foundation*

Né à Bucarest, le 22 février 1889.

LE RÔLE DE LA MISSION ROCKEFELLER

dans l'Organisation Antituberculeuse en France

1917 à 1923

Président : M. le Professeur Fernand WIDAL

EN DÉPÔT

« LES VILLAGES-SANATORIUMS DE HAUTE-ALTITUDE »

Association philanthropique, reconnue d'utilité publique.

Paris, 4, Rue de Castellane (8^e) Paris

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Tous droits
de traduction et de reproduction réservés.

Copyright by A. Bruno.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

DOCTEUR ALEXANDRE BRUNO

Docteur en Médecine de l'Université Columbia, à New-York

Ancien interne des Hôpitaux Roosevelt, Sloan et Fordham, à New-York

Ancien Directeur-Adjoint de la

*“ Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France ”,
International Health Board, Rockefeller Foundation*

né à Bucarest, le 22 février 1889.

LE RÔLE DE LA MISSION ROCKEFELLER

dans l'Organisation Antituberculeuse en France

1917 à 1923

Président : M. le Professeur Fernand WIDAL

EN DÉPOT

« LES VILLAGES-SANATORIUMS DE HAUTE-ALTITUDE »

Association philanthropique, reconnue d'utilité publique.

Paris, 4, Rue de Castellane (8^e) Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



I. — Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organ. et chimie gén.	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
— chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et mat. méd.	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Pathologie expérim. et comp.	ROGER
	(GILBERT
Clinique médicale	CHAUFFARD
	ACHARD
	WIDAL

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enf.	NOBECOURT
Clinique des maladies ment. et des maladies de l'encép.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infect.	TEISSIER
	(DELBET
— chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
— ophtalmologique.....	TERRIEN
— urologique	LEGUEU
— d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
— gynécologique	JEAN-LOUIS FAURE
— thérapeutique méd.	VAQUEZ
— oto-rhino-laryngolog.	SEBILEAU
— thérapeutique chirur.	DUVAL
— propédeutique	SERGENT

II. — Agrégés en exercice :

MM.	BUSQUET	FOIX	LEMIERRE	PHILIBERT
ABRAMI	CADENAT	GARNIER	LÉVY-SOLAL	RIBIERRE
ALGLAVE	CHAMPY	HARVIER	LHERMITTE	RICHT Fils
AUBERTIN	CHIRAY	HEITZ-BOYER	LIAN	ROUVIÈRE
BASSET	CLERC	HOVELACQUE	MATHIEU	TANON
BAUDOIN	DEBRÉ	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
BINET	I. DE JONG	HENRI LABBÉ	MOCOQUOT	VAUDESCAL
BLANCHETIÈRE	DUVOIR	LARDENNOIS	MONDOR	VERNE
BRANCA	ÉCALLE	LE LORIER	MOURE	VILLARET
BRULÉ	FIESSINGER	LEMAITRE	MULON	WELTER

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.				
CAMUS	GOUGEROT	GUÉNIOT	RETTERER	

IV. — Agrégés chargés de cours de Clinique à titre permanent

MM.				
AUVRAY	LEREBoullet	LOEPER	PROUST	SCHWARTZ
CHEVASSU	LÉRI	OMBRÉDANNE	RATHERY	TERRIEN.
LAIGNEL-LAVASTINE				

V. — Chargés de cours

MM				
MAUCLAIRE, agrégé	FREY	N...		LEDoux-LEBARD

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur FERNAND WIDAL

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

Grand Officier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON AMI ET CONSEILLER UNIVERSITAIRE

M. le Professeur LIVINGSTON FARRAND

Président de l'Université Cornell, à New-York

Directeur de la Mission Rockefeller.

AUX

EMINENTS PHILANTHROPEs INTERNATIONAUX

M. JOHN D. ROCKEFELLER

M. JOHN D. ROCKEFELLER JR.

et aux Membres de la Fondation Rockefeller.

AUX SAVANTS ET AUX SOCIOLOGUES FRANÇAIS

Monsieur le Professeur EMILE ROUX

Monsieur le Professeur MAURICE LETULLE

Monsieur le Professeur ALBERT CALMETTE

Monsieur LÉON BOURGEOIS

Monsieur PAUL STRAUSS

A MES AMIS ET COLLABORATEURS
DE LA MISSION ROCKEFELLER

Miss F. ELISABETH CROWELL,
Professeur JAMES ALEXANDER MILLER,
Docteur LINSLEY R. WILLIAMS,
Professeur SELSKAR M. GUNN,
Docteur BERNARD L. WYATT,
Docteur W.-B. SOPER,
M^r FRANK WING,
Major T. DUFFIELD,
M^r BUCK,
M^r SYLVAIN BRUNO, mon frère.

A MES AMIS ET COLLABORATEURS
Du Comité National de Défense contre la Tuberculose
et des Comités départementaux.

A MES MAÎTRES AMÉRICAINS ET FRANÇAIS
Qui m'ont enseigné la science et l'art de la chirurgie.

Messieurs les Professeurs Américains

HOWARD C. TAYLOR,
Wm. P. HEALY,
JOSEPH A. BLAKE,
GEORGE E. BREWER,
CHAS. H. PECK,
CHAS. L. GIBSON,
EUGÈNE H. POOL.

Messieurs les Professeurs Français

H. HARTMANN,
P. DELBET,
J.-L. FAURE,
F. LEGUEU,
A. GOSSET,
P. DUVAL,
CH. WALTHER,
PAUL MATHIEU,
RENÉ LERICHE,
ROUX-BERGER.

LE ROLE DE LA MISSION ROCKEFELLER

DANS

l'Organisation Antituberculeuse en France

(1917 à 1923)

INTRODUCTION



Un des plus beaux chapitres, le moins connu peut-être de l'entr'aide américaine en France, pendant et après la guerre, ce fut l'œuvre accomplie par la Croix-Rouge Américaine et la Mission Rockefeller dans l'organisation antituberculeuse française.

Jamais, dans l'histoire, un pays n'a apporté à un autre pays, une aide aussi vaste et aussi prolongée que celle que les Etats-Unis donnèrent dès 1917, à la France, sur le terrain de la santé publique et de la solidarité sociale.

Nous décrirons ici le rôle de la Mission Rockefeller non dans le but, qui serait opposé à notre sentiment, de rappeler les services rendus, mais pour une fin de documentation. Nous exposerons les idées directrices, la méthode de travail et de démonstration ; nous y ajouterons les résultats obtenus et diverses études personnelles ; nous rendrons justice à l'effort immense accompli par la France, sous l'impulsion américaine, pour arrêter le fléau destructeur de sa race.

Certaines parties du programme de la Mission Rockefeller, dans toute leur nouveauté en 1917, commencent à nous paraître anciennes, par suite de l'évolution normale des idées dans une période d'organisation. Néanmoins, le temps a montré la solidité du plan général d'action et la valeur de la méthode

■

employée. Il n'est que juste de souligner les résultats acquis et de montrer aussi, au fur et à mesure qu'ils apparaissent, les besoins futurs qui en découlent.

C'est donc, en un mot, le bilan que l'on nous a souvent demandé, de l'effort américain, que nous allons dresser et celui de sa féconde collaboration avec les œuvres privées et publiques françaises.

Qu'il nous soit permis en débutant d'exprimer notre admiration pour l'enthousiasme que fit naître jusque dans les villages français les plus reculés, l'entrée en lutte des Américains, contre le fléau tuberculeux ; qu'il nous soit permis aussi d'exprimer notre gratitude à ceux dont l'accueil bienveillant et cordial, l'intérêt et le zèle nous ont accompagnés jusqu'à la réussite.

Du reste, c'est la France entière qui a répondu à notre appel. Nous arrivions au moment propice. L'importance des questions d'hygiène n'échappait plus à personne ni celle des solides organisations permanentes dont nous apportions le projet.

Dirons-nous qu'une œuvre de cette importance s'est accomplie sans difficultés d'ordre local ou général, sans obstacles et sans retards ? Nul ne voudrait le croire. Mais dans cette tâche délicate d'éducation générale, de coordination entre les œuvres et entre les personnes, il est bien certain que notre qualité d'étrangers, placés au-dessus des questions de partis, et d'Américains, reçus avec tant de joie par la France, nous facilita la réussite.

Il nous est impossible de mentionner individuellement tous nos collaborateurs, tous nos amis de Paris et des départements, mais qu'ils restent assurés que ces années de travail et de rapports cordiaux marquent parmi nos plus précieux souvenirs.

Nous tenons cependant à adresser ici l'hommage de notre reconnaissance aux savants et aux phthisiologues français qui furent nos grands amis de la première heure, ceux qui nous ont inspiré tant d'admiration pour la Science française, et une

affection encore plus vive pour leur pays : le Professeur Fernand Widal, l'éminent maître de la Médecine française, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse ; le Professeur Maurice Letulle, apôtre fervent de la lutte antituberculeuse ; le Docteur Emile Rôux, savant directeur de l'Institut Pasteur ; le Docteur Albert Calmette, initiateur de tant d'idées de prophylaxie, rencontré en 1918, lors de la libération de Lille, souvenir qui restera profondément gravé dans notre cœur ; le Professeur Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; les Professeurs et Docteurs Léon Bernard, Fernand Besançon, Emile Sergent, Pierre Teissier, Louis Guinon, Edouard Rist, Armand Delille, Küss, Courmont, Mouisset, Arnozan, Follet, Violette, Queliné, Parisot, Barbary, etc., et parmi les grands philanthropes qui se consacrent aux œuvres de solidarité française, nous voulons adresser un reconnaissant hommage au Président Léon Bourgeois, à MM. les Ministres Jules Breton, Leredu, Paul Strauss, Godart et Mourier, à M. Georges-Risler, Président du Musée Social, ainsi qu'aux Directeurs de l'Hygiène et de l'Assistance publique qui se sont succédé au Ministère de l'Intérieur depuis 1917.

Notre reconnaissance va personnellement aussi à ceux qui ont travaillé au sein de la Mission depuis 1917 et qui ont été avec nous, les artisans de cette période épique de la lutte antituberculeuse. Nous mentionnons avec reconnaissance les noms de nos délégués techniques et des collaborateurs français de la Mission dont l'effort constant et dévoué nous permit de réussir : les Docteurs P.-E. Davy ; Jules Evrot, François Thomas, François Tobé, Albert Cailleret, Duval, René Estève, MM. Dumont, Moine, de Roussy de Salles, Th. Wœhrel, Lucien Viborel, M^{lle} Suzanne Villain.

Nous nous en voudrions d'oublier ici ceux que nous avons rencontrés sur notre chemin dans chaque département, les présidents et les secrétaires des Comités départementaux et locaux qui saisirent rapidement toute la portée des idées et suggestions données et qui furent les hommes de réalisation.

A eux tous, revient le mérite des prodigieux efforts accomplis. Nous les saluons tous, rappelant les profondes sympathies développées, en saluant celui qui symbolise le mieux l'effort départemental, le Président du Comité du Finistère, le comte de Guébriant.

Jeter un regard en arrière, sur les années de guerre et d'après-guerre (1917 à 1923), années d'initiative et de labeur pionnier, c'est ressentir une satisfaction réelle et aussi un espoir optimiste que l'avenir justifiera, quand la récolte sera mûre, enfin, et qu'elle se manifestera par une diminution certaine de la mortalité et de la morbidité par tuberculose en France.

Ceux parmi nous, Américains, qui ont eu le privilège unique et l'honneur de se dévouer à une belle cause se considèrent comme bien récompensés déjà de leur tâche, de leur persévérance et de leur foi.

Il est vrai que pour préparer l'avenir, à l'aide des expériences du passé, nous eûmes le grand chef qui avait été l'âme de la défense antituberculeuse aux Etats-Unis, le D^r Livingston Farrand, actuellement président de l'Université Cornell.

Sans doute, le succès de la Mission dépendait de ses débuts, des relations qu'elle se créerait avec les autorités publiques et privées, avec le corps médical ; il dépendait aussi de la pleine liberté dans notre travail, qui nous fut accordée par les pouvoirs publics, tant à Paris qu'en province. Mais la précision du programme établi, la prévision de sa réalisation progressive, l'influence morale de la Commission Rockefeller à travers le pays, furent dues au tact, à la fermeté, à la justesse de vue, à la largeur d'esprit de son premier Chef. Il sut inculquer ses qualités à ses adjoints et à ses collaborateurs immédiats, ceux qui furent pendant 5 années, comme le disait le Professeur Calmette, « toujours sur la brèche avec un enthousiasme inlassable et un désintéressement complet ». Nous tenons à le reconnaître ici ; et à remercier le Docteur Farrand de nous avoir choisi comme Secrétaire général, puis comme Directeur-adjoint de la Commission Rockefeller en France, chargé de

l'organisation de défense antituberculeuse dans les départements.

Nous saluons affectueusement, ainsi que lui, les dirigeants de la Fondation Rockefeller et les membres américains de la Mission Rockefeller en France qui nous ont inspiré un culte profond pour cette noble tâche de préservation de la santé publique, nationale et internationale : le Président George-E. Vincent, Dr Wickliffe Rose, les Docteurs L.-R. Williams, James Alexander Miller, Bernard-L. Wyatt, Willard-B. Soper, William-C. White, L.-F. Frissell, M. M. Abraham Flexner, Homer Folks, Haven Emerson, John L. Kingsbury, Selskar M. Gunn, Thomas-J. Duffield, Stuart, Buck, Miss F. Elizabeth Crowell ; et MM. Frank Wing et Sylvain Bruno, nos adjoints de la première heure dans l'œuvre d'organisation départementale.





Fig. 1. — LA COMMISSION AMÉRICAINE DE PRESERVATION CONTRE LA TUBERCULOSE EN FRANCE, EN 1919.
Au premier rang, de gauche à droite : Dr S. M. Gunn, Dr L. R. Williams, Directeur de la Mission, Miss F. E. Crowell, Dr A. Bruno, Dr W. B. Soper.
Au second rang, de gauche à droite : M. Buck, Dr Browne, Dr B. L. Wyatt, Major T. Duffield, M. S. Bruno, M. J. Grompton.

CHAPITRE PREMIER



LA FONDATION ROCKEFELLER

Une mission spéciale en France



Insigne de la Fondation Rockefeller dont la devise est : *The Well-being of Mankind throughout the World.*

En 1913, par une charte spéciale de l'Etat de New-York, la Fondation Rockefeller fut créée.

Nous essayons d'attirer l'attention sur cette œuvre de haute philanthropie parce que l'esprit d'altruisme et de générosité qui la fit naître mérite, tout d'abord, qu'on lui rende hommage, ensuite parce que l'ingénieux mécanisme grâce auquel elle obtient des résultats immenses et précieux que nous indiquerons aussi, est utile à connaître. Et puis, les ressources de la richesse, de l'initiative, de l'esprit d'adaptation et du sens pratique, mises au service de la santé publique et gagnant à sa cause tous les pays du monde, cela n'est point si banal qu'on n'y arrête un moment, avec plaisir, son attention.

Le fonds initial de la Fondation fut de 100 millions de dollars, don généreux de M. John D. Rockefeller. Celui-ci augmenta ces ressources successivement jusqu'à plus de 182 millions de dollars dont le revenu forme en général le budget annuel disponible.

Mais la Fondation Rockefeller puise largement dans ce trésor. En 1922, elle a dépensé 15.911.408 dollars pour son œuvre mondiale de préservation de la santé publique et pour l'amélioration de l'enseignement médical.

C'est en réalité une Fondation privée à caractère international et à but purement humanitaire, car elle essaie de stimuler dans le monde entier la recherche scientifique, d'aider à la diffusion des connaissances acquises, de multiplier les contacts personnels, si productifs, et d'encourager cette collaboration internationale nécessaire dans la préservation de la santé publique et dans l'enseignement de l'hygiène et des sciences médicales.

Elle poursuit ainsi le but fixé par les désirs de son fondateur : *promouvoir, non pas la prospérité exclusive d'une nation, mais le bien-être de l'humanité à travers le monde.*

La Fondation Rockefeller compte plusieurs branches, dont les plus importantes sont le *Bureau International d'Hygiène* et le *Bureau Médical de Chine*.

Ce fut le Bureau International d'Hygiène (International Health Board) qui envoya en France, en 1917, la « *Mission Américaine de Prévention contre la Tuberculose* », dont nous décrirons plus loin le rôle et l'action.

Ajoutons, en passant, que M. John D. Rockefeller a fondé nombre d'autres œuvres philanthropiques dont les deux principales sont : l'*Institut Rockefeller pour les Recherches Médicales* et la *Fondation pour l'Enseignement Général*.

L'Institut Rockefeller pour les Recherches Médicales, (*The Rockefeller Institute for Medical Research*), fut fondé en 1901, afin de permettre des recherches scientifiques et médicales, au point de vue spécial de la prophylaxie des maladies. Cet Institut possède de vastes laboratoires et un hôpital important à New-York.

La Fondation pour l'Enseignement Général (*General Education Board*) a été instituée en 1903 dans le but d'améliorer l'enseignement aux Etats-Unis, sans distinction de races, de sexe, ou de religion.

La Fondation Rockefeller, dans les différents pays où elle collabore, agit d'accord avec leurs gouvernements respectifs, et presque toujours par leur intermédiaire.

Elle fut parmi les ouvriers de la première heure, lorsqu'au début de la guerre, en 1914, elle installa en Belgique et dans d'autres pays européens, une Mission d'Assistance Rockefeller. La Mission de Préservation contre la Tuberculose en France, fut la première envoyée en Europe, pour accomplir une œuvre d'organisation permanente. Indice nouveau de l'amitié américaine que de voir la France choisie en premier lieu; nouvelle attestation d'une sollicitude qui luttait aussi pour la France, en essayant d'améliorer et d'augmenter son capital « santé ».

*
* *

Dès l'automne de 1916, le Directeur de la Commission de Secours de Guerre de la Fondation Rockefeller, M. Warwick Greene avisa la Fondation, à New-York, des proportions inquiétantes que prenait la propagation de la tuberculose en France, et proposa qu'une enquête fût faite à ce sujet. Suivant cet avis, et suivant aussi l'assurance du Gouvernement français qu'une aide américaine dans la lutte antituberculeuse serait la bienvenue, la Fondation Rockefeller, au début de 1917, envoya en France, le D^r Herman B. Biggs, Directeur général du Bureau d'Hygiène de la Ville de New-York, pour faire des études sur place.

Le docteur Biggs jugea qu'en effet, la situation devenait menaçante, mais qu'un effort français se dessinait pour remédier à cet état de chose.

Néanmoins, sur sa recommandation, le Bureau International d'Hygiène de la Fondation Rockefeller, adressa une Mission ayant à sa tête le D^r Livingston Farrand, Président de l'Université du Colorado, ancien Secrétaire général de l'Association Américaine pour l'Etude et la Prévention de la Tuberculose. Sous le titre de « Commission Américaine de Présér-

vation contre la Tuberculose en France », la Mission arriva à Paris en juillet 1917. Elle fut composée, au début, des personnalités suivantes :



Fig. 2.

Dr LIVINGSTON FARRAND
Premier Directeur
de la Mission Rockefeller en France,
de 1917 à 1919.

Dr Livingston Farrand, Directeur, Président de l'Université du Colorado ;

Dr James Alexander Miller, Professeur de Clinique Médicale à l'Université Columbia ; Président du Comité de la Tuberculose de New-York ;

M. Homer Folks, Directeur des affaires civiles de la Croix-Rouge Américaine ;

Dr William Charles White, Directeur du Bureau de la Tuberculose de la Croix-Rouge Américaine ;

Dr Selskar M. Gunn, Professeur d'Hygiène, à Boston ;

Dr Alexandre Bruno, de l'Hôpital Roosevelt, à New-York ;

Miss F.-E. Crowell, Secrétaire des Cliniques antituberculeuses de New-York ;

M. Herman G. Place, Contrôleur ;

M. Godias G. Drolet, Statisticien.

Le Dr Livingston Farrand démissionna en tant que Directeur de la Commission, en mars 1919, pour accepter le poste de Président du Comité exécutif de la Croix-Rouge Américaine à Washington. Le Dr Linsly R. Williams lui succéda et la « Mission Américaine Rockefeller », comme elle fut généralement désignée et connue en France, resta ainsi composée jusqu'à la fin de son travail :

D ^r L.-R. Williams, Directeur ;	}	Directeurs adjoints ;
D ^r S.-M. Gunn		
D ^r Alexandre Bruno		
D ^r Bernard L. Wyatt		
Miss F. Elisabeth Crowell	}	
M. Thomas G. Duffield, Statisticien ;		
M. C. Crompton, Contrôleur.		

Cette Commission spéciale fut dissoute le 30 juin 1921 ; mais tous ses membres, excepté le D^r Wyatt et M. Duffield, restèrent en France, comme membres de la Fondation Rockefeller (Bureau International d'Hygiène) jusqu'à la fin de 1922, pour achever les démarches nécessaires à la remise définitive entre les mains des organisations françaises publiques et privées, des responsabilités que la Commission avait jusqu'alors assumées. Elle eut soin naturellement, avant d'opérer le transfert de ses pouvoirs et de ses obligations, de s'assurer que les œuvres et organisations initiées ou créées par elle ne périliteraient pas par suite de son départ.

Dès son arrivée, la Mission était entrée en relations avec le Comité National d'Assistance aux Militaires Tuberculeux, ainsi qu'avec les Ministères des Affaires Etrangères, de l'Intérieur et de la Guerre.

Accompagnée par le Président M. Léon Bourgeois et le Bureau du Comité National, la Mission fut présentée à M. le



Fig. 3.

D^r JAMES ALEXANDER MILLER
(A group of)
Directeur Médical
de la Mission (1917-1919).

Président de la République, le 9 août 1917. A cette occasion, M. Raymond Poincaré prononça l'allocution suivante :

« Je remercie mon ami, M. Léon Bourgeois, de m'avoir fourni l'occasion de vous souhaiter à tous, Messieurs, la bienvenue en France et de vous exprimer toute la gratitude du Gouvernement de la République et du Pays pour la généreuse initiative que vous avez prise. Comme l'a dit M. Léon Bourgeois, l'œuvre que vous avez en vue est une nouvelle et touchante manifestation de l'amitié américaine. Nous ne pouvons plus compter les témoignages d'intérêt et de sympathie que nous a donnés la grande République des Etats-Unis depuis le début de la guerre. Avant d'entrer elle-même dans la lutte engagée pour la défense de la civilisation et de la liberté, elle nous avait montré, par ses libéralités et ses envois collectifs, ou individuels, qu'elle était de cœur avec nous. Le nouveau gage d'affection qu'elle nous donne aujourd'hui par votre entremise, est particulièrement précieux et opportun. La tuberculose, qui faisait déjà de grands ravages avant la guerre, s'est malheureusement développée dans des proportions effrayantes, par la faute de nos ennemis communs. Les photographies que les mères et les femmes françaises reçoivent de leurs fils et de leurs maris prisonniers les montrent de plus en plus amaigris et méconnaissables. Beaucoup d'entre eux deviennent tuberculeux. La maladie atteint également les otages que l'ennemi prend dans les régions envahies et emmène en Allemagne. Enfin, les populations mêmes qui sont restées dans la France du Nord, sous le joug de l'armée allemande, souffrent aujourd'hui de la disette et s'affaiblissent au point d'être de plus en plus accessibles à la contagion de la tuberculose. C'est l'Amérique, qui, tant qu'elle est restée neutre, a organisé le service de ravitaillement pour ces malheureuses populations. Aujourd'hui, ce service est devenu plus difficile et la faim augmente tous les jours dans les villes et les campagnes du Nord; et la maladie suit la faim.

« Votre œuvre est donc immense et je ne saurais trop vous remercier de l'avoir entreprise. Recevez l'expression de toute ma reconnaissance, pour vous, Messieurs, qui vous dévouez à l'humanité, pour tous vos compatriotes, aujourd'hui nos amis et nos alliés, et pour votre éminent président, M. Woodrow Wilson. »

La pensée qui a poussé la Fondation Rockefeller à offrir sa collaboration et l'esprit qui anima les membres de la Mission ne peuvent être mieux caractérisés que par la réponse que son

Directeur fit à M. le Président de la République, lors de la présentation :

« Monsieur le Président,

« Au nom de mes collègues et au mien, permettez-moi de vous exprimer notre profonde gratitude pour l'accueil si cordial que vous avez bien voulu réserver à notre Mission et pour les paroles si touchantes que vous nous avez adressées. La courtoisie et le grand intérêt qui nous ont été témoignés partout en France depuis notre arrivée, nous permettent d'augurer une coopération amicale et heureuse dans la grande œuvre que nous allons affronter.

« Depuis longtemps déjà, le peuple américain suit d'un regard plus que sympathique, la lutte héroïque de la France. Cette sympathie n'est pas seulement basée sur une reconnaissance que nous a enseignée l'Histoire, mais bien aussi sur une conviction de jour en jour plus forte, que la France se bat pour nous, autant que pour elle-même.

« Ce n'est pas sans une grande inquiétude qu'aux Etats-Unis nous avons appris les ravages sans cesse grandissants que la tuberculose est en train de causer parmi le peuple français, au moment où ses ressources et son énergie sont, par nécessité, absorbées par la guerre. Nous avons bien compris le sens des paroles qui viennent d'être prononcées par M. Léon Bourgeois, à savoir que le bonheur futur du Monde nécessite une lutte contre cet ennemi insidieux qu'est la tuberculose, comme il nécessite cette autre lutte contre l'ennemi envahisseur d'outre-Rhin.

« La Fondation Rockefeller a donc songé qu'un concours dans la lutte contre la tuberculose ne serait pas inopportun à l'heure actuelle, et elle nous a demandé de venir en France pour la représenter et pour mettre à votre disposition l'aide que l'expérience des Etats-Unis pourrait vous offrir. Nous ne sommes pas venus pour vous enseigner, mais bien pour lutter avec vous contre l'ennemi commun. Nous osons espérer que vous voudrez bien faire appel à notre concours et nous venons nous mettre à votre entière disposition.

« En vous remerciant du très grand honneur que vous avez bien voulu faire à notre Mission en la recevant d'une façon si chaleureuse, il ne me reste plus qu'à vous exprimer, Monsieur le Président, notre entière confiance dans la victoire finale de cette lutte contre un fléau évitable ainsi que de cette autre lutte dans laquelle nos deux pays sont maintenant rangés côte à côte, en alliés. »

La coopération des organisations officielles, publiques et

privées fut naturellement recherchée dès le début. Des relations les plus cordiales et les plus durables se nouèrent avec un grand



Fig. 4.

P^r SELSKAR M. GUNN

Directeur-adjoint de la Mission,
chargé de la propagande
(1917 à 1921).

nombre de médecins de Paris et de province, qui avaient été les dirigeants du mouvement antituberculeux avant et pendant la guerre, ainsi qu'avec la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur, la Commission Permanente de Préservation contre la Tuberculose, le Comité Central d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux, le Service de la Santé du Ministère de la Guerre, la Faculté de Médecine de Paris, le Conseil Municipal de Paris, l'Assistance Publique, l'Union des Syndicats Médicaux de France, les dispensaires, sanatoriums, écoles d'infirmières-visiteuses exist-

antes. Plus tard, une collaboration intime et constante se développa avec l'Office Public d'Hygiène Sociale du Département de la Seine, dont le but principal était d'organiser une chaîne de dispensaires dans le département, et avec les nombreux comités départementaux et comités locaux antituberculeux que la Mission Rockefeller avait créés à travers le pays.

Elle devait retrouver en France, ayant commencé à peu près en même temps qu'elle son travail, en juillet 1917, une organisation non moins importante, la Croix-Rouge Américaine. Les relations de ces deux sœurs puissantes furent des plus intéressantes et aussi des plus fécondes pour le pays. La Croix-Rouge poursuivait un double dessein: aide matérielle et morale

à l'avant, assistance aux civils à l'arrière. L'une des phases de sa mission fut de soulager les populations civiles qui souffraient du fait de la guerre et parmi lesquelles se trouvaient de nombreux tuberculeux. Ce qui détermina la création à la Croix-Rouge Américaine d'un « Bureau de la Tuberculose » et d'un « Bureau des Enfants ».

Dès le début, la politique de ces deux Bureaux consista à considérer comme les éléments d'un même problème leur travail et le travail de la Commission Rockefeller. Il fut décidé de diriger l'effort du « Bureau de la Tuberculose » de la Croix-Rouge Américaine vers l'assistance individuelle, le placement des malades dans des institutions, le développement d'hôpitaux, de sanatoriums, de préventoriums, tandis que l'action de la Commission Rockefeller tendrait vers un programme général de préservation comprenant une propagande populaire, la création de Comités et de Dispensaires antituberculeux, la préparation d'infirmières-visiteuses d'hygiène et l'organisation des écoles nécessaires à leur enseignement. Avec « le Bureau des Enfants », de la Croix-Rouge Américaine, la Mission Rockefeller mena, pendant les années 1918-1919, la campagne de propagande contre la tuberculose et contre la mortalité infantile.



Fig. 5.

Dr ALEXANDRE BRUNO

Directeur-adjoint de la Mission Rockefeller, chargé de l'organisation dans les départements (1918 à 1923).

La durée de l'action de la Commission ne fut pas déter-

minée au début. On projetait d'attendre les événements. Mais, dès 1919, les progrès obtenus dépassaient toutes prévisions. Le désir des Comités départementaux et locaux de développer et de continuer ce qui avait été commencé par la Mission, était remarquable ; l'espoir des autorités publiques dans l'établissement d'un Ministère de l'Hygiène qui prendrait en mains la direction et la surveillance de toute l'organisation antituberculeuse se trouva fondé ; le Comité National d'Assistance aux Militaires tuberculeux se transforma sous une forme définitive le 22 décembre 1919, en « Comité National de Défense contre la Tuberculose » et résolut de poursuivre le mouvement vraiment *national* que la Mission Américaine avait suscité.

Malgré cela, la Fondation décida de ne pas cesser son œuvre en France tant que l'organisme central et national dont on attendait beaucoup ne fonctionnerait pas d'une manière efficace, avec un personnel spécialisé et expérimenté, et tant qu'un programme général de défense antituberculeuse ne ferait pas partie de la politique générale du pays en matière d'hygiène.



On peut supprimer la Tuberculose

Il suffit de le vouloir

Aidez-nous

**Le Comité National de Défense
Contre la Tuberculose**

66 Bis, rue Notre Dame des Champs

Paris VI



La double croix rouge est le signe international
de la lutte contre la Tuberculose.

CHAPITRE II



BUT & PROGRAMME DE LA MISSION ROCKEFELLER

Ce qui existait en France en 1917

Lorsque la Mission fit son enquête générale, au cours de l'automne de 1917, elle put se convaincre qu'il existait déjà en France des institutions antituberculeuses de toutes sortes. L'idée du dispensaire antituberculeux et de la préservation des enfants contre le danger de la contagion, ainsi que les plus fortes études scientifiques sur la tuberculose ne sont-elles pas nées en France? Dans le dispensaire Léon Bourgeois à Paris, dans des sanatoriums comme Bligny ou Hauteville, on trouva des types efficaces d'institutions antituberculeuses. La Mission put aussi s'apercevoir qu'un grand effort était réalisé pour parer à la situation causée par les nombreux réformés pour tuberculose, retournés à leur foyer. Mais il apparut nettement aussi, que les éléments et les institutions essentiels tels que : le personnel spécialisé, médecins et infirmières-visiteuses, les dispensaires antituberculeux, les hôpitaux avec salles d'isolement pour les cas avancés, les sanatoriums pour civil, les Associations permanentes de lutte antituberculeuse, n'existaient qu'en très petit nombre, qu'ils restaient isolés, issus pour ainsi dire de bonnes volontés et d'efforts dispersés. Il y avait à peine l'ombre d'une direction nationale et d'une surveillance générale et locale, *effective*; pas de pro-

gramme national complet, ni programme d'ensemble coordonné, « constructif », réalisable par étapes successives, c'est-à-dire ce qui doit faire la base de toute campagne antituberculeuse.

En France, les idées relatives à la tuberculose, à son origine, à sa prophylaxie, à ses dangers ne s'étaient pas encore propagées rapidement, par imitation, comme aux Etats-Unis. Bien plus, dans le pays de Villemin, de Pasteur, de Grancher, de Calmette, la tuberculose continuait à étendre ses effroyables ravages. On mourait en France, de cette maladie, deux fois plus qu'en Amérique et que dans plusieurs autres pays.

Les vrais dispensaires antituberculeux étaient si rares ! Avant la guerre, il n'existait en France que **17** dispensaires en province et **30** à Paris, dont beaucoup d'entre eux étaient fermés ; tel était l'état de défense ! **22** seulement fonctionnaient en 1917 (1), à l'arrivée de la Mission Rockefeller, et encore la plupart de ceux-ci étaient simplement des cliniques de consultations, des distributeurs de médicaments, ne possédant ni installation suffisante, ni service social, ni surveillance prophylactique. Ce n'était pas de vrais dispensaires de diagnostic et de préservation dans le sens moderne du mot.

Très peu nombreux également, les *sanatoriums pour civils*. Il existait en 1914, d'après le Dr Guinard, 12 sanatoriums populaires avec un total de **1.162** lits pour tuberculeux pulmonaires. C'étaient les sanatoriums suivants : Angicourt (Oise), **148** lits ; Hauteville (Ain), **120** lits ; Sainte-Feyre (Creuse), **102** lits ; Bligny (Seine-et-Oise), **390** lits ; Pessac (Gironde), **60** lits ; Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle), **60** lits ; Rouvray (Seine-Inférieure), **60** lits ; Chécy (Loiret), **20** lits.

(1) Dispensaires existant au 31 décembre 1917 dans les départements : Allier 1 ; Aube 1 ; Alpes-Maritimes 1 ; Côtes-du-Nord 1 ; Finistère 5 ; Haute-Garonne 1 ; Indre-et-Loire 1 ; Lot 2 ; Rhône 1 ; Seine 1 ; Seine-et-Oise 1 ; Haute-Vienne 1 ; Paris 3 ; Loire-Inférieure 1 ; Loir-et-Cher 1.

Les dispensaires Calmette, dans le Nord, étaient sous l'occupation ennemie.

Au cours de la guerre, les militaires réformés pour tuberculose étaient si nombreux que des « stations sanitaires » furent créées par le Ministère de la Guerre et le Ministère de l'Intérieur afin de recueillir ces malades et, en 1917, le nombre de lits dans ces stations était d'environ 4.000.

Néanmoins, les lits d'hospitalisation des tuberculeux dans les hôpitaux ou sanatoriums étaient notoirement insuffisants. Il fallait 60.000 lits, il y en avait à peine 6.000 !

L'éducation antituberculeuse du public n'était pas encore faite et la maladie passait encore aux yeux de la grande majorité pour un mal inévitable, incurable et héréditaire. Quant au personnel spécialisé de médecins, de secrétaires, d'infirmières-visiteuses professionnelles, leur nombre était insignifiant. Il est juste d'ajouter que la guerre absorbait alors toutes les activités et toutes les ressources.

Munie de son expérience, de son désir de faire le bien et de ses ressources importantes et comme providentielles pour la France, la Mission Américaine entra hardiment dans la lutte qu'elle organisa de toutes pièces, dans tout le pays. *Son but fut de stimuler, de soutenir, de compléter et de coordonner autant que possible les efforts français, publics et privés, de créer dans les départements des organisations antituberculeuses permanentes; d'établir un système de lutte antituberculeuse modèle, adapté aux conditions françaises, d'après certaines méthodes d'organisations américaines ayant donné les plus heureux résultats.* La Mission Américaine espérait qu'il serait possible, après ces essais, d'offrir à ceux qui s'occupaient de tuberculose dans les villes et dans les campagnes, une organisation sur laquelle ils pourraient prendre modèle, et qui contribuerait immédiatement, ainsi que sur une plus grande échelle, à réaliser, dans l'union des autorités publiques et des initiatives privées, un programme uniforme et général d'œuvres et d'institutions pour une lutte nationale, intensive et efficace. En un mot, la Mission ne venait pas imposer des méthodes médicales américaines, qui d'ailleurs ne diffèrent pas des méthodes françaises, mais elle venait offrir à l'organisation

des efforts français, le bénéfice de sa longue expérience des techniques médicale, sociale et administrative, celles qui ont fait leurs preuves en Amérique, depuis vingt-cinq ans; elle venait aussi apporter une aide matérielle appréciable à la création d'œuvres françaises antituberculeuses permanentes. Elle espérait mettre ainsi en mouvement l'opinion publique et un système de prévention dont le résultat serait non seulement de diminuer la mortalité par tuberculose, mais encore d'améliorer l'hygiène générale et la santé publique, en France.

Programme d'action de la Commission Américaine Rockefeller

Et voici le programme, dans son imposante ampleur et ses détails pratiques et précis, que se traça la Commission Rockefeller :

1) *L'organisation, à titre démonstratif, d'un groupe complet de dépistage antituberculeux et de surveillance prophylactique avec un service de dispensaires et d'infirmières-visiteuses dans le XIX^e arrondissement de Paris, comme type urbain; et dans le département d'Eure-et-Loir, comme type départemental et rural.*

2) *La formation du nombreux personnel spécialisé, nécessaire à la lutte, par la création de cours spéciaux à l'usage des médecins, du personnel administratif et des infirmières-visiteuses; ainsi que d'écoles ou centres d'enseignement pour les visiteuses d'hygiène.*

3) *L'éveil de l'opinion publique aux idées de prévention et d'organisation de défense, diffusées dans les masses, par une campagne intensive d'éducation populaire et de publicité dans tout le pays, sur les causes, les modes de propagation, le traitement et la prophylaxie de la tuberculose, et cela par les moyens expérimentés aux Etats-Unis.*

4) *L'organisation effective de la défense contre la tuberculose dans les départements de France, par la formation de*

Comités locaux et départementaux permanents; l'établissement d'un programme complet dans chaque département et sa réalisation progressive, débutant par la création de dispensaires d'hygiène sociale pourvus de leur personnel médical et infirmier, puis par les autres institutions, et finalement le transfert progressif des responsabilités aux Comités français organisés.

Dans cette dernière partie du programme, fut aussi comprise la mise en marche du mouvement nécessaire à la constitution d'une direction effective, nationale, qui continuerait l'œuvre commencée par la Mission Rockefeller et fournirait aux nouvelles organisations départementales et locales, le soutien moral, technique et budgétaire, nécessaire.

Suivant une méthode qui ne devait jamais se démentir, le travail de la Commission Rockefeller (1) fut réparti entre six bureaux :

1. — Le *Bureau d'administration générale*, sous la surveillance personnelle du Directeur de la Commission, le Dr Livingston Farrand, puis le Dr L.-R. Williams.

2. — Le *Bureau médical de démonstration et d'enseignement technique*, d'abord dirigé par le Dr James Alexander Miller, puis par le Dr Bernard L. Wyatt jusqu'en 1921, en collaboration avec les Drs Willard B. Soper, David R. Lyman, Walter Klotz, Lewis F. Frissell, Walter Browne.

3. — Le *Bureau d'organisation départementale et de surveillance technique*, organisé et dirigé par le Dr Alexander Bruno, de 1918 à 1923, en collaboration avec M. Frank E. Wing, de la Croix-Rouge Américaine, pendant l'année 1918, et assisté de M. Sylvain Bruno.

4. — Le *Bureau des visiteuses d'hygiène*, concernant les Cours et Ecoles, programmes d'enseignement, la préparation

(1) La Mission Rockefeller fut installée pendant la guerre au 118, rue de Rivoli, puis au 12, rue Boissy-d'Anglas; après la guerre, au 3, rue de Berri, et actuellement (1925), le Bureau Européen de la Fondation Rockefeller est installé 22, rue de l'Elysée.

des infirmières-visiteuses, leur placement en province, et leur surveillance, dirigé par Miss F. Elisabeth Crowell, de 1918 à 1923, assistée de Miss Farquahrson.

5. — Le *Bureau de statistiques et d'études des rapports des dispensaires*, dirigé par le Major Thomas Duffield, de 1919 à 1921.

6. — Le *Bureau de propagande et de publicité*, organisé et dirigé par le P^r S.-M. Gunn, de 1917 à 1920, puis par MM. Stuart et Buck en 1921, et par le D^r Bruno et M. Lucien Viborel, en 1922.

Les dispensaires américains de Paris et d'Eure-et-Loir furent remis aux autorités locales françaises en décembre 1920.

L'organisation du XIX^e arrondissement de Paris passa à l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, et celle du département d'Eure-et-Loir, au Comité Départemental, avec des fonds pour aider à son fonctionnement pendant une certaine période de temps. Cette opération de transfert termina l'œuvre du bureau médical de la Commission au 1^{er} janvier 1921.

Le bureau de statistique fut annexé au bureau d'organisation départementale après la dissolution de la Commission en juin 1921.

Le bureau de propagande fut transféré au Comité National de Défense contre la Tuberculose, dont le siège est 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris, en avril 1922 et le D^r Alex. Bruno fut appelé à organiser et à diriger ce bureau pour le Comité National. Le bureau des infirmières-visiteuses ne fut pas transféré au Comité National; il continua son action comme partie de la Fondation Rockefeller jusqu'à la fin de l'année 1923.

Le bureau d'organisation départementale et d'inspection technique ainsi que le service de statistique furent transférés également au Comité National, le 1^{er} janvier 1923.

Les dirigeants de la Mission Américaine avaient espéré que, lors de son départ, le service de statistique et celui d'inspection technique seraient pris par le Ministère de l'Hygiène, auquel

ces services appartiennent en réalité; tandis que les services d'organisation départementale et de propagande passaient au Comité National. Mais ce double transfert ne put malheureusement être ainsi réalisé, et l'ensemble des services organisés par la Commission Rockefeller, depuis 1917, revint au Comité National le 1^{er} janvier 1923, avec le personnel français expérimenté faisant partie des divers bureaux et qui avait été préparé par la Mission Rockefeller depuis plusieurs années, en vue du transfert éventuel à un organisme officiel français.

Nous tenons à mentionner ici les noms de nos collaborateurs français qui furent transférés au Comité National, avec un fonds pour assurer la continuité des services pendant trois années : les Docteurs Jules Evrot, Paul E. Davy, Albert Cailleret, pour l'organisation départementale et l'inspection technique; M. Lucien Viborel, M^{lle} Suzanne Villain, M^{lle} Sébillon, MM. Emile Deniau et Duc, pour le service de propagande; M. Moine, MM^{lles} Godinet et Segalas pour le service de statistique; M. William Dumont, MM^{mes} Maucourt et Allain, secrétaires.

Ce transfert permit la réalisation du projet poursuivi sans défaillance par la Mission Rockefeller : faire continuer par une direction nationale française la campagne entreprise lors de son arrivée en France, sans interrompre le développement du programme d'ensemble conçu en 1917, ni compromettre l'efficacité des institutions créées et des résultats acquis.

La reconnaissance française n'a jamais cessé d'être témoignée à la Mission Américaine. Dès 1918, le P^r Maurice Letulle, de l'Académie de Médecine, écrivait :

« Susciter parmi nous des énergies nouvelles, inconnues de nous-mêmes; semer sur le sol si généreux de la France charitable, des idées fécondes; entretenir une émulation de belle venue, un ardent amour du prochain, exempt de tout esprit de coterie, telle fut l'œuvre de la Commission Américaine. Nos amis d'Amérique, par leur entraînant activité, par les sympathies solides qu'ils firent naître autour d'eux, surent réaliser l'« Union sacrée ». Il faut que les moissons magnifiques ne soient pas taries après la

guerre; toutes nos œuvres françaises continueront à rester unies, face au bacille tuberculeux. La Commission Américaine de préservation antituberculeuse aura joué, chez nous, un rôle, on peut l'affirmer, providentiel, et la France lui aura une reconnaissance éternelle. »

En 1923, le P^r Léon Bernard, Secrétaire général du Comité National de Défense contre la Tuberculose, s'exprima ainsi dans les « Adieux à la Commission Rockefeller » publiés par *La Vie Saine*, organe populaire du Comité National, (mars 1923) :

« On ne dira jamais assez que ce n'est pas seulement de son activité productive que nous devons être reconnaissants à la Commission Rockefeller, mais aussi de l'esprit qui l'a constamment inspirée.

« Modestement, intelligemment, ses dirigeants ont toujours compris que la réussite de leurs efforts était subordonnée à la nécessité de les adapter à nos besoins, à nos mœurs, à nos institutions, et que la collaboration avec les organismes publics et privés français, collaboration derrière laquelle ils dissimulaient la prépondérance de leur part de travail et de dépenses, était la condition indispensable de l'efficacité de leurs démonstrations.

« On ne risque pas d'être démenti en affirmant qu'aucun concours venu de nos Alliés de la Grande-Guerre n'a laissé dans la mémoire des Français une empreinte à la fois plus profonde et plus pure, n'a suscité de leur part une gratitude plus sereine et plus continue. Il n'est pas chez nous un département et sans doute peu de communes où le nom de Rockefeller ne soit respecté, vénéré, comme symbolisant la bienfaisante sauvegarde de la Vie humaine et l'utile coopération à la défense sanitaire de la France.

« Nos amis peuvent partir. Ils savent que leur œuvre ne périra pas. Ils peuvent être assurés que leur nom ne s'oubliera pas. Qu'ils sachent qu'ils ont bâti ici un édifice qui est le leur, et que, lorsqu'ils y reviendront, ils y seront toujours accueillis comme un père prodigue, par des fils reconnaissants. Si la générosité est un des traits de l'âme américaine, la fidélité est une vertu française. »



UNE ILLUSTRATION SAISSANTE



La première des Grandes Affiches de Propagande éditée par la Mission Rockefeller : dès 1917, elle prophétisait la Victoire.

LA DÉMONSTRATION AMÉRICAINE
dans le
DEPARTEMENT D'EURE ET LOIR
ORGANISATION ANTITUBERCULEUSE

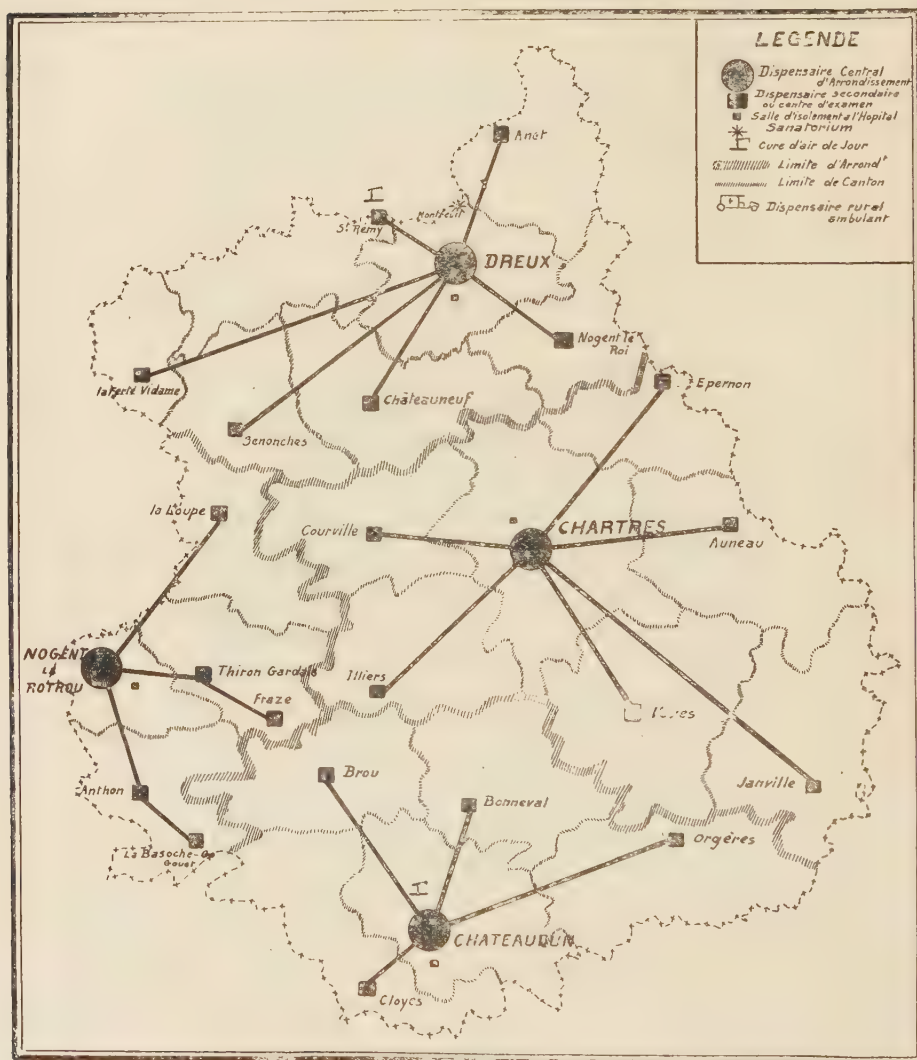


Fig. 7. — Un réseau complet de dispensaires fut établi dans le département, en 1918 : 4 dispensaires centraux d'arrondissement, 20 dispensaires secondaires cantonaux et un service rural ambulant de dépistage, par automobiles, rayonnant dans chaque arrondissement. 3 médecins spécialisés et 15 visiteuses d'hygiène constituaient le personnel permanent de cette organisation.

CHAPITRE III



UN CHAMP D'EXPÉRIENCE : LE DÉPARTEMENT D'EURE-ET-LOIR

Nécessité d'une démonstration

Le meilleur moyen pour convaincre des incrédules (ou des indifférents), n'est-il pas de les mettre en face du fait accompli, si ce résultat, surtout, se justifie par la réussite ?

Appliquer sous les yeux des Français les méthodes d'organisation en usage aux Etats-Unis, nous parut la manière la plus parfaite pour prouver, d'abord, l'efficacité de nos méthodes, ensuite pour pousser nos amis de France, par l'exemple et l'émulation, dans la voie où nous désirions les faire entrer.

Pendant les voyages d'études que les membres de la Mission firent en France au cours de l'été 1917, ils s'arrêtèrent à cette idée : organiser une région entière du pays qui formerait champ d'expérience. Depuis bien des années, des hygiénistes aux Etats-Unis avaient organisé des démonstrations de ce genre, permettant de dépister le plus grand nombre de cas de tuberculose dans une région donnée, d'arriver parmi ceux-ci à un diagnostic de la maladie aussi précoce que possible, de surveiller chaque tuberculeux connu ou chaque suspect, ainsi que sa famille, jusqu'à la mort, et même après sa mort, de continuer à surveiller la famille ; tout ceci constituant un contrôle indéniable de la propagation de la maladie. Nous

espérons aussi que pareille démonstration nous permettrait d'adapter les méthodes américaines aux conditions de la vie française et d'obtenir des données plus exactes et surtout plus réelles sur la mortalité par tuberculose ainsi que sur la fréquence de la maladie dans une région déterminée; en fait, de faire un inventaire complet de la morbidité par tuberculose. Nous étions enfin convaincus que cette expérience donnerait des formules d'organisation administratives et budgétaires pour le service médical et social des dispensaires, lesquelles pourraient être utilisées dans tout le pays. Enfin, pour nous en référer à notre idée du début, un système d'organisation qu'ils verraient fonctionner, ne convaincrail-il pas plus rapidement beaucoup de médecins, que tous les projets et programmes qu'on pourrait leur soumettre?

La France avait déjà tant contribué au problème de la tuberculose au point de vue clinique et scientifique que nous avions peu à lui apporter de ce côté, si ce n'est la généralisation des méthodes acceptées sur le diagnostic précoce de la maladie. Mais dans le domaine de l'organisation technique des services médicaux, sociaux, prophylactiques et des services d'assistance, nous apportions l'expérience et la nouveauté de notre programme. Il nous parut aussi important de démontrer à beaucoup de gens, encore sceptiques en France, que, sans avoir trouvé la cure spécifique de la tuberculose, sans nécessairement détruire ou remplacer tous les taudis, sans faire disparaître l'alcoolisme ou tant d'autres raisons souvent mises en cause directe, il était possible de réduire considérablement et en peu d'années, la mortalité par tuberculose, ce résultat inespéré ayant été atteint aux États-Unis, grâce à une campagne d'éducation générale suivie d'une organisation complète, méthodique, coordonnée, de préservation et de traitement.

Le département — unité administrative française — fut choisi comme terrain de démonstration.

Choix du département

Le département choisi fut celui d'Eure-et-Loir. Dès la fin de 1917, il était destiné à présenter l'ensemble de cette démonstration. Sa proximité de Paris, l'intérêt que les autorités locales manifestèrent et leur désir de coopérer à une expérience de ce genre, l'existence aussi de certaines institutions, enfin son caractère rural et son taux de mortalité par tuberculose, furent autant de facteurs pris en considération. C'est, du reste, parce que 60 % de la population française est rurale, que nous avons cherché un département presque entièrement agricole, mais présentant cependant quelques petites villes, centres industriels de moyenne importance.

Pour la population rurale en France, c'est-à-dire pour les communes au-dessous de 5.000 habitants, le taux moyen de la mortalité par tuberculose est de 1,52 pour 1.000 habitants; le taux de mortalité par tuberculose dans l'Eure-et-Loir se rapprochait de cette moyenne : il était en 1913, de 1,62 pour 1.000 habitants. Il faut avouer, néanmoins, que ces chiffres étaient au-dessous de la vérité; en Eure-et-Loir comme ailleurs, les méthodes de statistiques françaises n'étaient pas absolument exactes parce qu'elles s'appliquaient à une cause de mortalité que, par un préjugé déplorable, personne ne voulait avouer.

Le département d'Eure-et-Loir a une population d'environ 215.000 habitants et se trouve divisé en 4 arrondissements, 24 cantons et 426 communes. En dehors de Chartres qui compte 25.000 habitants, et des 3 chefs-lieux d'arrondissements : Dreux, Chateaudun et Nogent-le-Rotrou dont la population varie entre 8 et 10.000 habitants, il n'existe que de petites agglomérations rurales.

Dans tous les chefs-lieux d'arrondissements et presque dans chaque chef-lieu de canton, il y avait un petit hôpital, fondation spéciale, créée en 1872 par un legs Tixier-Gallas. La Mission trouva en outre une collaboration complète et dévouée de la part de toutes les autorités locales, du corps

médical, du corps enseignant, du clergé, des sociétés de Croix-Rouge Françaises et des autres institutions départementales.



Fig. 8. — LA PROPAGANDE ÉDUCATIVE.

DREUX (E.et-L.) : Le conférencier de la Mission explique aux enfants les tableaux de l'Exposition antituberculeuse.

Plan d'Organisation

Nous nous mîmes à l'œuvre, et un plan complet fut minutieusement tracé. Il comprenait :

1° Un réseau de dispensaires antituberculeux couvrant tout le département, agissant comme centres de dépistage, de diagnostic, de triage des malades, d'admission dans les hôpitaux et sanatoriums, et ayant chacun un service d'assistance sociale et de surveillance prophylactique à domicile, lequel était assuré par des infirmières-visiteuses d'hygiène diplômées et professionnelles ;

2° Des pavillons spéciaux ou des salles d'isolement dans les hôpitaux déjà existants pour les tuberculeux en observation et les grands malades ;

3° Un sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux au début, considérés encore comme des cas curables ;

4° Un service de laboratoires de bactériologie et d'analyses générales ;

5° Un programme de propagande et d'éducation hygiénique et prophylactique ;

6° Un service administratif, médical et social, basé sur les méthodes américaines ;

7° Un système de fiches de dispensaires avec un fichier central médical.

Les Dispensaires

Vingt-quatre dispensaires furent créés dont un dispensaire central dans chacun des 4 chefs-lieux d'arrondissement et 20 dispensaires secondaires, un par canton. 17 de ces dispensaires furent installés dans les hôpitaux existants, 4 dans des



Fig. 9. — CHARTRES (E.-et-L.) : Un coin du dispensaire central d'arrondissement installé à l'hôpital général par la Mission Américaine.

locaux particuliers que la Mission avait loués, 2 dans des mairies, et un dans un ancien bâtiment d'école. L'installation des dispensaires dans les hôpitaux évitait au Comité départe-

mental une dépense de construction ou de location, d'éclairage et de chauffage.

Un *service rural* de dépistage et de surveillance prophylactique fut mis au point, par l'établissement d'un système de dispensaires automobiles, ambulants, parcourant tout un arrondissement, tenant des consultations périodiques et régu-



Fig. 10. — CHATEAUDUN (E.et-L.) : Le dispensaire central d'arrondissement en relation avec l'Union des Femmes de France.

lières dans les dispensaires de canton, et rayonnant de ceux-ci, dans les moindres villages du canton. Une consultation publique, et naturellement gratuite, était toujours tenue dans les divers centres de « marché », le jour même du marché, afin de permettre aux habitants des centres les plus ruraux de bénéficier des services antituberculeux, avec le moins d'inconvénients possibles pour eux

Un *laboratoire* complet d'analyses, destiné à desservir tout un arrondissement, était organisé dans chaque dispensaire central. Il ne parut pas utile ni recommandable d'installer un laboratoire individuel dans chaque dispensaire, car l'examen d'analyses de toutes sortes est mieux fait et coûte moins cher dans un laboratoire central départemental ou dans chaque arrondissement, que par laboratoire individuel. De

plus, la visiteuse d'hygiène, au cours de ses visites à domicile, peut collectionner les spécimens de crachats dont l'envoi par la poste, dans des flacons appropriés, est parfaitement faisable et économique.

Les services de ces laboratoires étaient à la disposition, non seulement des dispensaires ou des hôpitaux dans lesquels ils



Fig. 11. — CLOYES (E.-et-L.) : Le dispensaire franco-américain cantonal.

étaient installés, mais aussi à la disposition de tous les médecins praticiens.

En 1919, avec l'aide de la Croix-Rouge Américaine, le Conseil général installa, à Chartres, un grand laboratoire départemental qui prit en charge le travail de tous les petits laboratoires de dispensaires. Ce laboratoire départemental fut dirigé par l'Inspecteur départemental des Services d'Hygiène, le Dr Marcel Aynaud, aidé d'un assistant américain.

Les *services radiologiques* existant dans les hôpitaux d'arrondissement, ou bien installés et complétés par la Mission, étaient mis à la disposition de chaque dispensaire d'arrondissement. Chacun des 24 dispensaires était en outre pourvu d'une installation suffisante de laryngologie, car tous les malades, dès leur première visite, subissaient un examen sérieux du nez et de la gorge aussi bien que des poumons.

Le Service Médical

Pendant les deux premières années, à cause de la mobilisation des médecins français, le service des consultations des dispensaires fut fait par des médecins spécialistes américains, notamment les Docteurs David Lyman, B.-L. Wyatt, L.-F. Frissell, Walter Klotz. Après la guerre, chaque dispensaire central d'arrondissement était néanmoins dirigé par un médecin-chef français. Il y avait deux médecins américains par arrondissement, travaillant en étroite collaboration avec leurs confrères français. Les membres du personnel de la Commission Américaine s'astreignaient à donner tout leur temps au service des dispensaires et des hôpitaux sans faire de clientèle particulière. Les dispensaires centraux d'arrondissement tenaient deux consultations par semaine pour les adultes et une pour les enfants; les dispensaires secondaires de canton étaient visités au moins une fois tous les quinze jours par le médecin et par une infirmière-visiteuse du dispensaire d'arrondissement. Le cycle entier de tous les dispensaires cantonaux du département était donc parcouru deux fois par mois. Au début, le service des dispensaires cantonaux et le service rural dans l'arrondissement étaient assurés au moyen d'une automobile par arrondissement, transportant médecin et visiteuse d'hygiène. Plus tard, pour des raisons d'économie, le chemin de fer fut employé davantage; mais néanmoins, une distance totale de 1.715 kilomètres par mois restait à couvrir en automobile au cours du travail de dépistage et de surveillance rurale, entraînant une dépense moyenne de 2.000 francs par mois.

Lorsque la Commission se prépara à transférer l'organisation entière au Comité départemental d'Eure-et-Loir réorganisé, elle avait bien compris que la seule garantie de succès et d'efficacité du service médical des dispensaires résidait dans l'emploi de « *médecins spécialisés* », *ne faisant pas de clientèle et donnant tout leur temps*. Pour cette raison, elle proposa au Comité départemental l'emploi de trois médecins spécialisés

pour assurer le service de tous les dispensaires et des centres ruraux de consultations ainsi que les services de tuberculose dans les hôpitaux. Ces médecins devaient recevoir une rétribution d'au moins 12.000 francs par an et auraient leurs frais de voyage couverts. Ils suivraient auparavant les cours de perfectionnement sur la tuberculose que la Commission Rocke-



Fig. 12. — INTÉRIEUR DU DISPENSAIRE CANTONAL DE CLOYES (E.-et-L.).

Aujourd'hui, dans cette vieille salle de justice du XVIII^e siècle, c'est la maladie que l'on juge; la visiteuse d'hygiène présente la victime de la tuberculose au médecin spécialisé.

feller avait créés à Paris. Ils seraient nommés par un jury composé d'un nombre égal de membres de l'Association médicale du département, et de membres de la Faculté de Médecine de Paris. Cette formule proposée par la Mission fut acceptée par le corps médical, à condition que ces médecins seraient choisis de préférence parmi ceux déjà installés dans le département. D'ailleurs, en Angleterre et aux Etats-Unis, nous avons appris depuis longtemps que cette campagne directe de médecine préventive contre la tuberculose, ne pouvait être menée à fond par des praticiens ordinaires et des infirmières bénévoles; mais au contraire par des *médecins spécialisés* ne faisant pas de clientèle, c'est-à-dire les « full time

tuberculosis officers » d'Angleterre et d'Amérique, par des *visiteuses d'hygiène professionnelles*, et même avec le concours de *secrétaires permanents spécialisés* donnant aussi tout leur temps.

Le Dr David R. Lyman fut le premier directeur médical de l'organisation d'Eure-et-Loir. En mai 1918, le Dr Bernard L. Wyatt lui succéda; par la suite, le service médical fut assuré, au compte de la Mission Rockefeller, par les Docteurs Julius Dworetsky, Paul E. Davy et Armen K. Sewny.

Le Service social de Prophylaxie et d'Assistance

Le service social des dispensaires, des visites et de la prophylaxie à domicile, était assuré par un personnel français sous une direction américaine. C'étaient des « *visiteuses d'hygiène* » professionnelles, diplômées d'une des écoles que la Commission Rockefeller aidait et avait reconnues. Il y eut, au début, 14 visiteuses d'hygiène pour les 24 dispensaires; puis ce nombre fut réduit à 9, dont une visiteuse en chef, au moment du transfert au Comité départemental, afin de diminuer les frais à la charge de ce dernier.

L'*assistance matérielle* et les *secours* furent assurés dans chaque arrondissement pour tous les dispensaires de l'arrondissement par un *Comité de Patronage et d'Assistance*, organisé par la Mission Américaine, ayant un délégué dans chaque canton. Et nous attirons l'attention sur cette méthode spécialement américaine. Les Comités d'Assistance étaient ainsi constitués pour répondre à nos idées particulières d'organisation d'après lesquelles le budget d'assistance et de secours du dispensaire doit être totalement séparé du budget administratif, technique, médical et prophylactique. Le premier budget est élastique et dépend de la générosité locale; le deuxième, au contraire, est fixe, permanent et essentiel car, grâce à lui, joue la conception américaine du dispensaire : assurer le diagnostic et la préservation contre la maladie.

Ce budget doit donc être couvert par des fonds certains, c'est-à-dire publics.

Les Comités de Patronage et d'Assistance se trouvaient créés et organisés surtout par une déléguée américaine spécialisée, Miss Monica Moore, et nous devons ajouter qu'ils eurent le plus grand succès. En réunissant l'effort de tous,



Fig. 13. — « Le salut est dans l'éducation de tous. »

ANET (E.-et-L.) : Causerie aux enfants des écoles sur les notions de préservation.

sans distinction de classes, d'opinion politique ou religieuse, ils recueillaient des sommes importantes dans chaque arrondissement, servant à couvrir les frais d'assistance des dispensaires de l'arrondissement et à continuer les secours qui avaient été donnés au début par la Croix-Rouge Américaine. C'est ainsi qu'en 1919, 79.564 francs furent recueillis et dépensés uniquement pour l'assistance en Eure-et-Loir.

Ces Comités furent ensuite constitués dans d'autres départements. Il a été possible ainsi, dans les dépenses à faire par les Comités départementaux et locaux, de bien séparer les dépenses essentielles, incompressibles, des services techniques, des dépenses élastiques et secondaires qui constituent les secours.

Hôpitaux et Sanatoriums

Dans chaque hôpital d'arrondissement fut installé un pavillon spécial ou des salles d'isolement pour les tuberculeux. Des fonds de la Croix-Rouge Américaine permirent ainsi l'établissement d'environ **200** lits dont **36** lits à Dreux, **50** lits à Chartres, **20** lits à Châteaudun et **25** lits à Nogent-le-Rotrou, **2** lits dans chaque hôpital de canton (Fondation Texier-Gallas) pour les tuberculeux en observation, en isolement ou en instance de diagnostic.

Un sanatorium départemental pour **100** lits fut prévu et les fonds furent fournis par l'Etat, le Conseil Général, la Ville de Chartres, la Croix-Rouge Américaine et la Mission Rockefeller.

Grande nouveauté: une cure d'air (day camp) pour adultes et enfants externes, avait été installée en annexe du dispensaire de Châteaudun.

Disons également que c'est grâce à la collaboration constante du D^r Albert H. Garvin, Chef du Bureau de la Tuberculose de la Croix-Rouge Américaine en 1918 et 1919, que fut possible l'établissement des lits ci-dessus mentionnés.

Que coûte une telle Organisation ?

Les frais de premier établissement comprenant la valeur des terrains et immeubles des dispensaires furent évalués à 500.000 francs, les services d'hôpitaux et de laboratoires à environ un million, le sanatorium à 1.200.000 francs, ce qui fait un total d'environ 2.750.000 francs, soit *10 francs par tête d'habitant dont 5 francs pour le sanatorium seul*. La Croix-Rouge Américaine et la Mission Rockefeller couvrirent une grande partie de ces frais.

Au départ de la Commission Américaine, on évalua la dépense d'entretien de toute l'organisation, telle qu'elle était à ce moment-là, de façon suivante, sur les bases de prix de janvier-février 1921 : pour les 141 tuberculeux soignés dans les

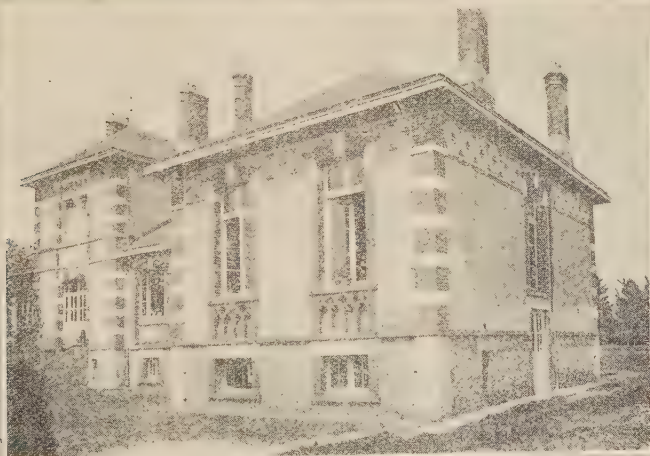


Fig. 14.

1. DREUX (E.-et-L.) : Le pavillon d'isolement des tuberculeux à l'hôpital général, (36 lits, fondation américaine).

2. DREUX (E.-et-L.) : Une cure d'air installée sur le toit de l'hôpital.

3. AUNEAU (E.-et-L.) : Un des petits hôpitaux cantonaux de 7 lits (Fondation Tixier-Gallas), dans chacun desquels fut installé un dispensaire cantonal et 2 lits d'isolement.

hôpitaux, à raison de 7 francs par jour, une dépense annuelle de 360.000 francs, soit *1 fr. 37 par an et par habitant*.

Pour les 55 lits de *sanatorium* à 15 francs par jour et par lit, soit une dépense annuelle de 301.000 francs, c'est-à-dire *1 fr. 09 par an et par habitant*.

Pour les *dispensaires* antituberculeux, y compris le service médical (3 médecins spécialisés à 12.000 francs), le service social (9 visiteuses d'hygiène à 500 francs et une visiteuse chef à 700 francs), une somme annuelle de 244.000 francs, soit *0 fr. 88 par an et par habitant*.

Les dépenses d'assistance matérielle et de secours ont été expressément écartées de ces calculs.

La Commission Rockefeller a dépensé, en dehors de ses propres frais d'organisation, pour l'installation et l'entretien de ses dispensaires d'Eure-et-Loir, pendant les trois années de fonctionnement sous sa direction 1918-1919-1920, une somme de 292.000 francs pour leur installation et 789.000 francs pour leur fonctionnement.

Quels furent les Résultats obtenus ?

De janvier 1918 à décembre 1920, le nombre de malades qui furent dépistés et traités a augmenté progressivement. A la fin de 1920, lorsque l'organisation a été transférée au Comité Français, il y avait 724 personnes diagnostiquées tuberculeuses, suivies par les dispensaires.

Le rendement des dispensaires d'Eure-et-Loir de 1918 à 1923, est analysé dans le tableau n° 1 ci-après, et montre le résultat suivant :

Le nombre total de décès par tuberculose en Eure-et-Loir en 1913, chiffre officiel, était de 440, et considérant le nombre de cas vivants de tuberculose en évolution, au taux admis comme un minimum de 5 fois le nombre des décès, cela représentait un minimum de 2.200 cas vivants de tuberculose en évolution dans le département. Ce calcul est assez approximatif

mais il donne néanmoins une idée du nombre de tuberculeux vivants.

Les dispensaires et l'organisation antituberculeuse d'Eure-et-Loir avaient donc à la fin de 1920, 724 tuberculeux que cette organisation avait découverts, éduqués, soignés et suivis, soit

$\frac{724}{2.200} =$ environ 33 % *du nombre théorique de tuberculeux*

vivants en évolution dans le département. Ce taux peut être considéré comme taux estimatif du rendement de l'organisation antituberculeuse. A ce moment-là, ce rendement était supérieur à celui obtenu dans les autres départements de France.



Tableau n° 1

Rendement des 24 Dispensaires d'Eure-et-Loir de 1918 à 1923	SOUS LA DIRECTION AMÉRICAINE			APRÈS LE TRANSFERT AU COMITÉ DÉPARTEMENTAL		
	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Nouvelles admissions pendant l'année.....	2.184	1.855	1.442	808	563	
Nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués pendant l'année	673	552	566	293	219	339
Total des consultants suivis pendant l'année	2.289	3.346	2.864	2.150	1.280	1.777
Malades tuberculeux considérés « sortants » des dispensaires (placés ou non revenus)	859	605	476	508	216	373
Malades non tuberculeux considérés « sor- tants » des dispensaires	247	1.400	984	923	642	497
Consultants inscrits au 31 décembre de chaque année	1.128	1.125	1.342	719	829	532
Tuberculeux inscrits au 31 décembre de chaque année	474	488	724	409	412	375
Pourcentage de tuberculeux parmi les ma- lades en charge	42 %	43,4 %	53,8 %	56,9 %	49,7 %	

CHAPITRE IV



UNE DÉMONSTRATION A PARIS DANS LE XIX^e ARRONDISSEMENT

Comme nous l'avons mentionné, la Commission Rockefeller se proposait — et c'était l'un de ses buts de prédilection — nous avons dit aussi pourquoi: d'établir, de développer, puis de transférer à une organisation française, la démonstration faite dans un département et dans une ville, choisis comme types. Ce travail entrepris par le bureau médical serait l'exposition des méthodes américaines, médico-techniques et sociales usitées dans les dispensaires et celle de toute une organisation antituberculeuse, adaptée aux conditions françaises; tandis que le bureau de l'organisation départementale de la Commission se donnait comme tâche de créer la formule administrative et budgétaire de tout un programme départemental, et la mise au point technique, médicale et sociale, faite en généralisant les résultats des dispensaires américains d'Eure-et-Loir et de Paris.

A Paris, la Commission fixa son choix sur le XIX^e arrondissement parce qu'il était le plus indigent et le plus peuplé, et qu'il avait une mortalité de tuberculose de 469 pour 100.000 habitants (la plus élevée de Paris, en dehors du XX^e arrondissement), également parce que, sauf un petit dispensaire, il n'existait aucune organisation antituberculeuse dans cet arrondissement. Sa population approximative était d'environ 160.000 âmes,

Les dispensaires

Quatre dispensaires modèles, spécialisés, furent installés dans l'arrondissement.

D'après une entente formulée dès le début avec le « Bureau des Enfants » de la Croix-Rouge Américaine, la Commission s'engageait à organiser des *dispensaires combinés*, c'est-à-dire ayant une section pour enfants, une autre pour la tuberculose. Néanmoins, pour aller plus vite, et ne pas attendre la construction de dispensaires nouveaux, un arrangement fut fait avec M^{lle} Chaptal afin d'utiliser le dispensaire qui fonctionnait sous ses auspices, rue de l'Argonne, n° 26 bis. Des aménagements nouveaux furent entrepris, le dispensaire agrandi, et, au 1^{er} décembre 1917, la Commission Rockefeller en assumait l'entière responsabilité. Ce dispensaire, nommé « Dispensaire Pont-de-Flandre », desservit le quartier du même nom et, depuis plusieurs années déjà, trois consultations par semaine y étaient tenues.

Le 18 février 1918, un deuxième dispensaire s'ouvrit au n° 2 de la rue des Mignottes pour desservir le quartier d'Amérique.

Le 9 juillet 1918, un troisième dispensaire fut inauguré au n° 54 de l'avenue Secrétan, pour le quartier de Combat. Ces deux derniers furent installés pour servir à la fois aux consultations de tuberculose, et aux consultations d'enfants, de la Croix-Rouge Américaine.

Au cours de 1918, d'accord avec la Croix-Rouge Américaine, nous avons envisagé l'organisation d'un « home hospital » ou *logement sanitaire*, ainsi qu'un « day camp » ou « *cure d'air de jour* », pour l'arrondissement. La réquisition des bâtiments, alors prévue par l'Armée Américaine, coupa les ailes à ce projet.

Nous craignions, du reste, qu'après notre départ, il ne se trouvât pas d'œuvre française pour soutenir de façon permanente, le logement sanitaire et la cure d'air diurne.

Un quatrième dispensaire était en voie d'installation pour le quartier de la Villette lorsque la Commission examina

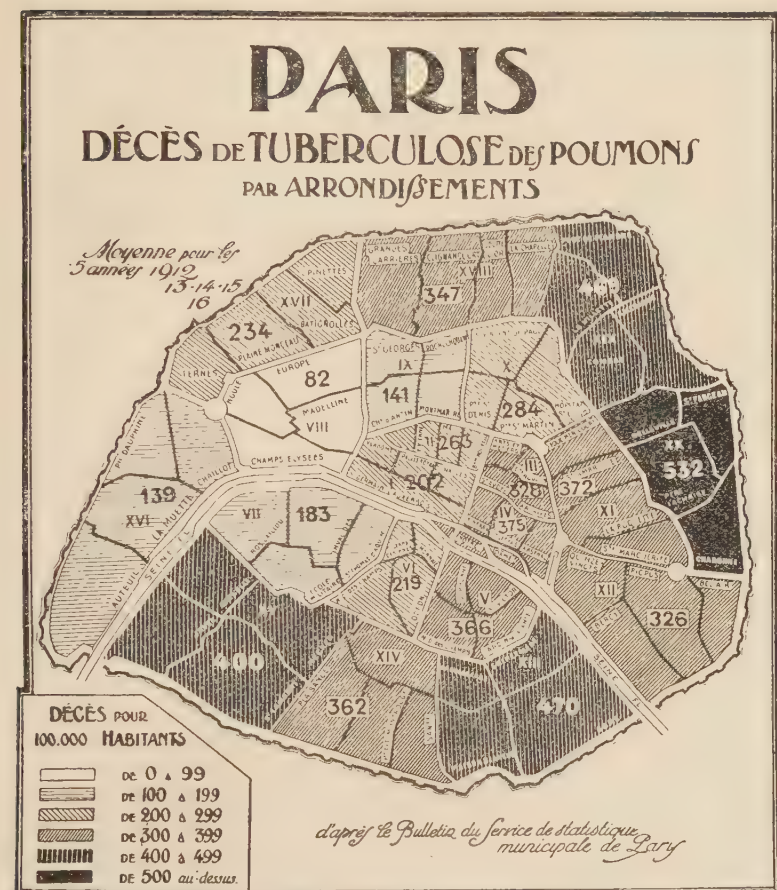


Fig. 16. — Les ravages de la tuberculose à Paris sont très importants, mais ils diminuent. Voir le tableau n° 4, et remarquer la diminution dans le nombre de décès, dans chaque arrondissement, pendant la période 1919-1923.

sérieusement l'idée d'un *dispensaire central* pour tout l'arrondissement et dépêcha pour une enquête le Dr Wyatt en Angleterre, afin d'y étudier l'organisation des dispensaires, dans la pensée d'appliquer ensuite à Paris, la caractéristique des grands dispensaires centraux qui existent dans un grand nombre de villes anglaises et américaines. A la suite de cette

enquête, le Directeur de la Commission accepta le projet d'un grand dispensaire central pour le XIX^e arrondissement de Paris. C'est ainsi qu'au n° 10 du passage Thionville, aujourd'hui rue Léon-Giraud, toute une maison de quatre étages, en voie de construction, fut aménagée comme dispensaire central.

Des salles d'attente, une salle des fichiers, des services de consultations médicales, un service de rhino-laryngologie, une salle de radiologie avec chambre noire, deux cabinets dentaires, un service social complet, y compris un vestiaire, une cantine et un petit foyer ou « home » pour les visiteuses d'hygiène, un laboratoire, le siège social et les magasins du Comité d'assistance pour l'arrondissement y furent parfaitement installés.

Le 6 juillet 1919, ce grand dispensaire était ouvert et, suivant la politique de centralisation, les deux autres petits dispensaires de l'arrondissement furent fermés. Le dispensaire « Combat », seul, continua, afin de donner aux visiteuses d'hygiène un centre supplémentaire pour leur enseignement pratique. Le nouveau dispensaire central répondit aux besoins de tout l'arrondissement et, à tous les points de vue, la centralisation fut avantageuse.

Dans le courant de l'année 1920, des changements d'ordre administratif eurent lieu dans le fonctionnement des deux dispensaires américains et ceci pour mieux faciliter le transfert à l'Office Public d'Hygiène sociale de la Seine. Ce transfert s'opéra le 1^{er} janvier 1921 avec un programme administratif complet et un règlement intérieur de fonctionnement correspondant aux méthodes américaines qui se sont depuis généralisées à Paris et dans un grand nombre de départements.

Service de laboratoire

A titre temporaire, chaque dispensaire fut pourvu du nécessaire pour l'examen bactériologique des crachats et des analyses courantes. Mais, plus tard, un laboratoire central d'arrondissement fut installé, en septembre 1918, au n° 40, rue des Alouet-

tes, et en 1919, la Mission Rockefeller conclut un arrangement avec le Laboratoire Municipal de Paris, afin que tous les examens bactériologiques nécessités par les dispensaires du XIX^e arrondissement fussent faits à ce laboratoire central de Paris. Quinze mois d'expérience nous avaient prouvé qu'un laboratoire central pour tous les dispensaires de Paris est une chose faisable et économique, la majorité des dispensaires ne pouvant être outillés suffisamment et avoir un personnel qualifié pour tous les examens sur place.

Les établissements de traitement

Dans cet ordre, presque rien n'existait. A l'hôpital Tenon, dans le XX^e arrondissement, deux baraquements furent installés par la Croix-Rouge Américaine et l'un d'eux, pour **28** lits, restait spécialement destiné aux tuberculeux des dispensaires franco-américains du XIX^e arrondissement.

Un sanatorium pour femmes, « the Edward L. Trudeau Sanatorium », d'une capacité de **50** lits fut organisé à Plessis-Robinson (Seine-et-Oise); et dans la même propriété, un préventorium pour **200** lits fut aussi aménagé par les soins de la Croix-Rouge Américaine. Un autre établissement de **70** lits était installé à Yerres (Seine-et-Oise), par l'Œuvre des Tuberculeux de la Guerre présidée par Mrs. Wharton, et par la Croix-Rouge Américaine. Ces trois derniers établissements furent transférés ensuite à l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine.

Le personnel médical

Le service médical des dispensaires du XIX^e arrondissement avait été d'abord assuré entièrement par des américains, notamment par les Docteurs James Alex. Miller, B.-L. Wyatt, W.-C. Klotz, W.-B. Soper et, depuis décembre 1919, en majeure partie, par du personnel français, le D^r George Küss ayant été désigné comme médecin-chef des dispensaires américains du XIX^e arrondissement.

Le service de laryngologie fut organisé et assuré par le D^r Emile Sari, puis par le D^r Jacques Le Mée; le service de radiologie, par le D^r Maurice Gilson et le service dentaire, par le D^r Kritchewsky.

Les dépenses de ce dispensaire parisien, consenties entièrement par la Mission, s'élevèrent à plus de 400.000 francs pour l'installation et à plus d'un million pour le fonctionnement.

Quelques résultats

L'analyse du rendement des dispensaires américains du XIX^e arrondissement, exposée au tableau n° 2, donne les proportions suivantes :

Population: 160.000 habitants.

Nombre de décès par tuberculose: 750 par an.

Proportion: 469 décès pour 100.000 habitants.

Nombre de tuberculeux vivant en évolution active (minimum): 3.750.

Les dispensaires ont surveillé en 1922: 1.849 tuberculeux,
soit $\frac{1.849}{3.750} = 49 \%$ *du chiffre minimum de tuberculeux que*
les dispensaires doivent pouvoir atteindre.

L'effort parisien depuis 1920

La démonstration américaine du XIX^e arrondissement a bien servi le but dans lequel elle avait été faite. Elle donna l'exemple et l'impulsion à Paris et dans le département de la Seine. L'Office Public d'Hygiène sociale du département de la Seine fut constitué en 1918 mais ne fonctionna qu'en 1920.

Il hérita de la Mission Rockefeller et de la Croix-Rouge Américaine, les organisations américaines de Paris et de la Seine, un matériel important de propagande: films cinématographiques, tracts, affiches, et surtout les méthodes de travail des dispensaires spécialisés, mises au point par la Mission

Tableau n° 2

Rendement des dispensaires Américains du XIX ^e arrondissement de Paris de 1917 à 1924	SOUS LA DIRECTION AMÉRICAINE					APRÈS LE TRANSFERT			
	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	
Nouvelles admissions aux dispensaires pendant l'année	439	4.430	3.279	2.030	1.967	1.812	1.480	1.398	
Nouveaux cas de tuberculose diagnos- tiqués	117	1.432	1.130	738	625	622	286	353	
Total de consultants suivis et traités	439	5.387	5.676	4.818	3.680	4.040	»	»	
Malades tuberculeux classés comme « sortants » des dispensaires	5	925	1.428	1.088	340	802	276	328	
Placement des tuberculeux dans hôpi- taux et sanatoriums	»	»	»	»	»	370	137	199	
Consultants inscrits au 31 décembre..	404	1.613	1.977	1.683	2.278	2.038	1.383	1.406	
Tuberculeux diagnostiqués en charge au 31 décembre	171	856	1.109	942	1.227	1.047	703	774	
Pourcentage des tuberculeux en charge	42,4 %	53,1 %	57 %	56 %	»	»	»	»	

Américaine dans le XIX^e arrondissement. Ces méthodes, le système des fiches et de la statistique sont encore en vigueur, et n'ont subi aucune modification importante.

Depuis 1920, sous la direction générale de M. Armand Guillon et d'un Conseil de Surveillance aidé de Commissions permanentes, l'Office d'Hygiène sociale de la Seine a fait un prodigieux effort réellement en rapport avec l'urgence de la tâche, car Paris était et est encore une des villes du monde les plus ravagées par la tuberculose. Le graphique (fig. 15), montre la mortalité tuberculeuse dans certaines grandes villes du monde.

Alors qu'il n'y avait que **7** dispensaires spécialisés fonctionnant à Paris en 1919, leur nombre était de **43** en janvier 1924, dont **37** créés ou réorganisés par l'Office de la Seine et dirigés par lui.

Au 1^{er} janvier 1924, ces **43** dispensaires avaient **44.424** consultants inscrits, parmi lesquels **24.299** tuberculeux.

L'armement antituberculeux à la disposition de l'Office est de **633** lits de sanatorium dont **443** pour les femmes; **230** lits pour adultes non contagieux ou en voie de guérison dans des maisons de convalescence; **2.500** lits pour enfants dans des préventoriums ou des colonies de placement familial. Ajoutons les ressources de l'Assistance Publique de Paris, qui comprennent **1.606** lits spécialisés dans les hôpitaux parisiens, **1.538** lits d'hôpitaux-sanatoriums; **188** lits de sanatoriums. Cela fait un total de **4.015** lits de placement pour adultes tuberculeux; c'est encore bien insuffisant, si l'on considère que le département de la Seine a besoin d'environ 12.000 lits d'hôpital et de **8.000** lits de sanatoriums, comme il sera expliqué plus loin.

D'autre part, les crédits mis à la disposition de l'Office, ont augmenté de **8** millions de francs environ, en 1920, à plus de **16** millions et demi en 1923, dont 11.400.000 pour les frais de fonctionnement.

La mortalité tuberculeuse a diminué au fur et à mesure de l'effort accompli : de 340 par 100.000 habitants en 1918, elle

est tombée à 270 en 1923 comme le montrent les tableaux suivants; n^{os} 3 et 4.

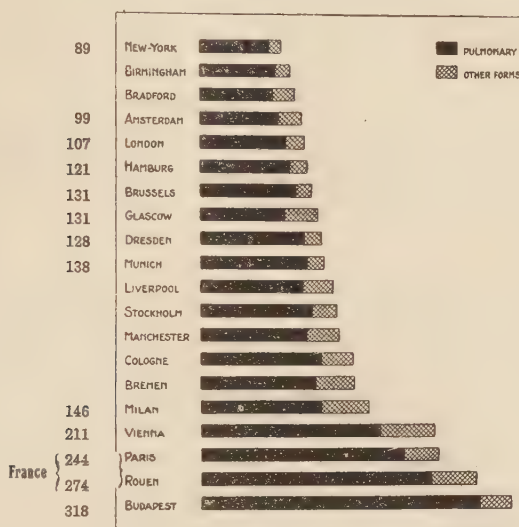


Fig. 15.

UNE FAIBLE MORTALITÉ EST LE RÉSULTAT D'UNE BONNE ORGANISATION.

Comparaison de la mortalité par tuberculose, en 1921, dans plusieurs grandes villes du monde; (nombre de décès par 10.000 habitants). La ville de New-York a une faible mortalité, PARIS et ROUEN une mortalité très élevée (1).

Tableau n° 3

PARIS. — Mortalité tuberculeuse

Proportion par 100.000 habitants

Les dispensaires augmentent, les décès diminuent.

Années	Nombre de Dispensaires	Tuberculose toutes formes	Tuberculose pulmonaire
1918	4	340	293
1919	7	296	248
1920	21	276	232
1921	31	286	243
1922	31	277	236
1923	32	270	231

(1) Graphique de la « N. Y. Tuberculosis Association ».

Il est évident que ces résultats ne peuvent être attribués uniquement aux dispensaires, mais à l'ensemble de l'armement antituberculeux, y compris les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums. Les établissements de traitement étant situés en dehors de la ville, un certain nombre de tuberculeux vont mourir hors Paris, et ce fait par lui-même impose une certaine réserve. Ces chiffres, cependant, auraient toute leur valeur, si les décès de Parisiens, dépistés à Paris et mourant ailleurs, étaient pris en considération.

Remarques générales sur les expériences d'Eure-et-Loir et du XIX^e arrondissement de Paris

L'organisation d'Eure-et-Loir demanda des études minutieuses pour que sa réalisation se trouvât établie sur une base économique raisonnable. L'on y avait appliqué, à notre plus grande satisfaction, la centralisation du contrôle et la décentralisation du travail.

Il y eut *unification* dans les plans, l'installation, le matériel, les fiches, les méthodes de fonctionnement médical et social propres aux dispensaires antituberculeux.

Pour la première fois, en France, on expérimentait, aussi complètement et avec une entière efficacité, un système de dispensaires et d'organisation antituberculeuse générale, comprenant un service rural de dépistage et des centres ruraux d'examen médical.

Du travail important qui fut ainsi effectué, il faut tirer, nous semble-t-il, et le plan qui l'a mené à bien et les considérations qui éclairent le fond même de la question, c'est-à-dire la façon dont on peut lutter en France contre la tuberculose et les meilleurs moyens pour atteindre ce but.

Il reste donc démontré que même dans les régions rurales, il est économiquement possible de faire du dispensaire le centre des activités de la lutte antituberculeuse, et aussi que la population non atteinte par ces institutions ne dépasse pas 15 % de la population totale. Le canton fut pris ici comme unité. Mais

Tableau n° 4

b) PARIS. — Réduction de la Mortalité par tuberculose pulmonaire, par arrondissements.
(Voir carte fig. 16, p. 45.)

Comparaison des deux périodes : 1909-1913 et 1919-1923
Nombre de décès pour 100.000 habitants

Número de l'arrondissement	I ^{er}	II ^e	III ^e	IV ^e	V ^e	VI ^e	VII ^e	VIII ^e	IX ^e	X ^e
Moyenne de décès annuels pour les années 1909 à 1913	219	268	350	428	389	214	170	83	144	309
Moyenne de décès annuels pour les années 1919-1923	186	226	245	306	252	176	129	86,6	133	235
Pourcentage de diminution	15 %	15.7 %	30 %	28.5 %	35 %	17.8 %	24 %	4 %	7.75 %	24 %
Número de l'arrondissement	XI ^e	XII ^e	XIII ^e	XIV ^e	XV ^e	XVI ^e	XVII ^e	XVIII ^e	XIX ^e	XX ^e
Moyenne de décès annuels pour les années 1909 à 1913	408	322	467	390	403	124	253	364	493	554
Moyenne de décès annuels pour les années 1919-1923	287	239	319	231	257	130	164	248	321	343
Pourcentage de diminution	29.7 %	25.8 %	31.7 %	28 %	36.3 %	5 %	35 %	32 %	34.9 %	38.4 %

On remarquera que les arrondissements où la réduction de la mortalité est très faible, sont des arrondissements dans lesquels l'organisation des dispensaires n'est encore que rudimentaire.

au début d'une organisation départementale, mieux vaut choisir l'arrondissement.

Il doit y avoir au moins un dispensaire par arrondissement et un dans chaque ville de 20.000 habitants ou plus. Le nombre des dispensaires fixes et leur situation dans le département ne peuvent être évalués qu'après étude des conditions locales : densité de la population, facilités de transport, voies de communication pour les malades. Des dispensaires secondaires fixes sont nécessaires dans beaucoup de petites localités, où souvent ils peuvent être installés dans les hôpitaux.

En fait, un dispensaire n'exige pas de grands frais d'installation. Dans n'importe quel local, trois pièces sont nécessaires au minimum. Ce n'est pas le local qui assure l'utilité et le succès du dispensaire, mais la qualité de son personnel médical et infirmier, spécialisé et permanent. Néanmoins, l'installation et l'équipement doivent être complets, les malades en sont du reste les meilleurs critiques.

Ces dépenses d'installation sont très peu élevées comparées aux dépenses causées par le service des médecins de dispensaires et des visiteuses d'hygiène spécialisées. Le transport occasionne de grosses dépenses qui sont essentielles et en fin de compte profitables, si on désire atteindre et dépister toute la population d'une région rurale. Des consultations volantes périodiques peuvent être organisées facilement dans des centres ruraux déterminés, et des locaux prêtés pour la journée à l'occasion de ces consultations.

L'expérience de la Commission dans l'Eure-et-Loir démontra aussi que le type de service médical assurant le plus de garanties de succès, et le plus de rendement ne pouvait être obtenu que par des *médecins spécialisés permanents, donnant tout leur temps*, et s'engageant aussi à ne pas faire de clientèle privée, sans être toutefois des « fonctionnaires » du département.

Ces médecins spécialisés seraient nommés par un jury désigné par le Comité départemental.

Cette forme de service, finalement adoptée en Eure-et-Loir,

n'avait pu l'être au début de l'organisation. Il apparut clairement que les médecins en général étaient hostiles à la nomination d'un confrère, faisant de la clientèle locale, au poste de médecin-chef du dispensaire, et que le système du « *roulement* » par les médecins de la localité, dans le service du dispensaire était désastreux au point de vue du rendement général de ces institutions. Par nécessité ou par commodité, ce service peut être fait par un médecin local mais dans des conditions particulières, et le médecin spécialisé conservera néanmoins le contrôle entier du groupe de dispensaires qui lui est confié.

Un laboratoire central départemental ou dans chaque arrondissement assurant les analyses de crachats, d'urine, de sang, pour tous les dispensaires, est pratiquement réalisable et économique.

La Commission Rockefeller n'a pas éprouvé la nécessité d'installer un service de buanderie dans les dispensaires anti-tuberculeux.

Des pavillons ou salles d'isolement pour les tuberculeux, les plus gravement atteints sont indispensables, et les malades peuvent être persuadés d'y rester le temps désirable s'ils y sont bien installés et bien nourris. Nous ajouterons que les cas de guérison dans ces pavillons ont été un précieux exemple pour la propagation de l'idée qu'il faut aller à l'hôpital pour bien se soigner.

D'ailleurs une formule d'*hôpital pour tuberculeux*, hôpital-sanatorium si on désire le nommer ainsi, non seulement pour les grands malades mais pour les malades en observation ou en attente d'admission au sanatorium, est pratique et désirable.

La préservation de la famille et du public en général est assurée le plus effectivement et le plus économiquement par le placement du malade dans un établissement spécial d'isolement ou de cure. L'envoi à la campagne pour une période prolongée des enfants en contact est plus complexe, souvent plus coûteux et moins efficace en fin de compte. En plus de leur rôle de cure, le rôle préventif contre la propagation de la

maladie, des sanatoriums, hôpitaux d'isolement, établissements de convalescence est indéniable.

Malgré l'isolement et la surveillance prophylactique que peuvent assurer les meilleurs dispensaires envers les tuberculeux contagieux qui, à la rigueur, pour une raison ou pour une autre, se soignent à domicile, ces dispensaires seront entravés dans l'efficacité de leur action s'ils ne disposent pas des débouchés nécessaires pour l'hospitalisation des malades.

L'opposition des médecins est encore l'obstacle le plus gros à surmonter quand il s'agit de connaître, de dépister et de surveiller prophylactiquement un plus grand nombre de tuberculeux dans une région donnée.

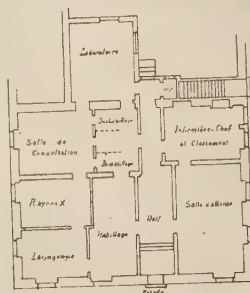
Plus on emploie de visiteuses d'hygiène, et plus on augmente le budget des frais de transport des médecins et des visiteuses, plus on dépiste et on surveille de malades.

Dans l'Eure-et-Loir, aussi bien que dans les autres départements qui furent organisés sous le contrôle de la Mission, il a été possible de démontrer la valeur des méthodes américaines de publicité et d'organisation technique des dispensaires. Il a été constaté aussi « le vif désir et l'extrême habileté des Français à réaliser les choses par eux-mêmes ».



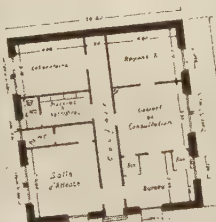
VILLE de BELFORT

Plan de Dispensaire



Echelle : 1/50 pour ce plan.

Dispensaire pour Tuberculeux comportant Laboratoire et Rayon X.



Echelle de 1/50 pour

Plan vu de l'extérieur
N. 1/2 E. 1/2 S. 1/2 O.

Chabrey

Dispensaire pour Tuberculeux comportant Laboratoire et Rayon X.



Echelle de 1/50 pour

Plan vu de l'extérieur
N. 1/2 E. 1/2 S. 1/2 O.

Chabrey

Dispensaire pour Tuberculeux avec Salle de Laryngologie



Echelle 1/50 pour

Plan vu de l'extérieur
N. 1/2 E. 1/2 S. 1/2 O.

Chabrey

Dispensaire pour Tuberculeux.



Echelle 1/50 pour

Plan vu de l'extérieur
N. 1/2 E. 1/2 S. 1/2 O.

Chabrey

Fig. 17. — PLANS DE DISPENSAIRES D'IMPORTANCES DIVERSES.

En haut, plan du dispensaire de Belfort (type de grande ville), comprenant laboratoire, rayons X, laryngologie et habitation, au premier étage, pour les visiteurs d'hygiène.

CHAPITRE V



LES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX ET LEUR ORGANISATION

C'est surtout à Albert Calmette que revient la conception d'utiliser le dispensaire dans la lutte antituberculeuse — mais il faut bien le dire, c'est en France, son pays d'origine, que cet organisme avait fait le moins de progrès et qu'il y était le moins développé. Les Américains avaient perfectionné le système des dispensaires et des cliniques antituberculeuses à un point encore non atteint en France en 1917, lors de l'arrivée de la Mission Américaine.

L'effort principal de la Mission Rockefeller porta donc sur la création de dispensaires antituberculeux pourvus d'une parfaite installation technique et d'un personnel médical et social spécialisé, qui travaillerait selon des méthodes administratives et techniques perfectionnées. Dans une large mesure, la propagande, l'organisation départementale, la formation d'infirmières-visiteuses, les cours spéciaux pour médecins, la statistique tâchaient d'amener la réalisation, à travers tout le pays, de cette *première étape de défense antituberculeuse*. Et c'est aussi dans cette phase de l'organisation que les Américains possédaient le plus d'expérience et que leur méthode et leur système pouvaient rendre les plus grands services.

Rôle des Dispensaires

Dans notre programme médical, le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse restait le point de départ important, centralisateur, voire même de commandement. Son rôle est complexe et simple à la fois, comme l'est d'ailleurs le problème entier de la tuberculose.

Il s'agit de rechercher tous les tuberculeux dans une circonscription donnée, non seulement les cas évidents, déjà avancés, mais aussi et bien mieux, les tuberculeux au début de la maladie ; faire chez ces malades ou suspects le diagnostic précoce de la maladie et examiner toutes les personnes en contact constant avec eux ; établir autour de ces malades, dans leur famille ou dans leur lieu d'occupation, la prophylaxie essentielle et la surveillance sanitaire pour éviter la contamination de leur entourage ; favoriser par tous les moyens possibles le traitement de ces malades, principalement par leur placement dans des établissements de cure et d'isolement, et leur fournir toute l'assistance nécessaire afin de permettre l'arrêt de l'évolution ou la guérison du mal ; dans certains cas, placer les enfants en contact ou déjà légèrement atteints, dans des institutions de prévention, de traitement ou de convalescence ; réaliser toujours l'éducation hygiénique des malades, de leur entourage et du grand public, et assurer la préservation antituberculeuse générale dans cette circonscription.

Nous considérons donc le dispensaire comme une institution d'éducation hygiénique et sociale, de dépistage précoce, de diagnostic, de placement des malades, de préservation familiale et publique, de surveillance sanitaire et de contrôle antituberculeux, et non point simplement comme une œuvre de traitement ou d'assistance. C'est pour nous la gare régulatrice dans le réseau des œuvres, des administrations et des institutions antituberculeuses, avec lesquelles le dispensaire est en relation constante. C'est un centre de triage par où passent tous les malades, les suspects, leurs familles ou leur entourage, dont la surveillance sanitaire de l'habitation est exercée par les

infirmières-visiteuses d'hygiène professionnelles attachées au dispensaire.

Le rôle du dispensaire est encore plus large : un tuberculeux et sa famille, une fois dépistés, ne seront plus perdus de vue. S'ils quittent la circonscription du dispensaire, ils seront signalés au dispensaire ou au Comité antituberculeux desservant leur nouvelle habitation. S'ils reviennent de l'hôpital ou du sanatorium, ils seront repris en charge ou « réadmis » par leur dispensaire. Même après le décès du malade, la famille sera surveillée.

D'autre part, l'on ne pourra malheureusement hospitaliser tous les tuberculeux juste au moment désirable, ou placer leurs enfants à l'écart d'une contamination possible, toutes les fois qu'il le faudra ; bien des raisons, économiques ou autres, empêcheront le placement d'un tuberculeux qui souffre d'une lésion bénigne ou qui ressent encore la force de travailler — le dispensaire sera alors obligé d'instituer une cure à domicile, si peu favorable soit-elle, et de redoubler de surveillance pour diminuer au minimum les risques de contagion.

Puis la tuberculose est une maladie insidieuse dont l'infection, le plus souvent contractée pendant l'enfance, ne se révélera que plus tard dans la vie ; ce sera alors, une évolution plus ou moins lente, chronique, sujette à des rechutes ou à des réveils. Le dispensaire devra être aux aguets de ces situations, dépister et suivre les prédisposés, instituer dans la famille le mode de vie et l'hygiène particulière qui éviteront, dans une certaine mesure, l'éclosion de la maladie. Ce ne sera plus là, le combat contre la contagion imminente, mais la sauvegarde de l'avenir par tous les moyens qui pourront augmenter la résistance des chétifs, des prédisposés et des personnes en contact.

Mais peut-on rechercher *tous* les tuberculeux d'une circonscription sans l'appui des médecins praticiens, et ceux-ci ne soigneront-ils pas à domicile un très grand nombre de tuberculeux qui tôt ou tard auront besoin des services du dispensaire spécialisé pour la surveillance prophylactique, le place-

ment du malade ou des enfants en contact, la perfection d'un diagnostic ou d'une analyse? Ces malades sont aussi importants pour l'action de préservation générale, que ceux qui se présenteront directement au dispensaire. Le dispensaire aura à développer des relations spéciales avec le corps des praticiens, et cette phase de son action sera importante.

Les Centres Antituberculeux

Le rôle du dispensaire antituberculeux spécialisé est par conséquent bien différent des consultations externes des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance dont le but est principalement de soigner et de secourir.

Nombre de médecins n'avaient pas cette conception, autrement vaste, du dispensaire lorsque notre travail d'éducation et d'organisation commença en 1917.

En fait, nous avons répandu ces notions et ce type de dispensaire, en grand nombre, sous les formes les plus diverses, comme un réseau couvrant chaque département en entier : *dispensaire principal, dispensaire secondaire, centre rural d'examen médical, consultations volantes périodiques*. Mieux outillés, travaillant selon une méthode uniforme et effective, mieux coordonnés dans leur action suivant un programme plus vaste et mieux défini, ces institutions dépassent le cadre du « dispensaire » d'avant-guerre, que l'on a fait évoluer dans un sens plus moderne, celui d'un « *centre antituberculeux* ». En effet le mot « dispensaire » semble déjà archaïque et ne répond plus à l'évolution de l'Hygiène sociale. Nous avons toujours envisagé, partout où cela était possible, d'organiser non plus seulement des dispensaires antituberculeux, mais de véritables « *Centres d'Hygiène* », « *Centres de Médecine sociale et préventive* », selon le type des « Health Centers » récemment créés aux Etats-Unis.

Il y a souvent économie et meilleur rendement social, parce que mieux coordonnés, de réunir sous un même toit les différents services d'Hygiène sociale et même de Médecine

préventive : tuberculose, hygiène et préservation de l'enfance, vénéréologie, laboratoire de bactériologie, etc. Des centres de ce genre ont été créés à Rouen, à Saint-Brieuc, à Clermont-Ferrand, à Dijon, à Besançon, à Charleville, à Saint-Germain-en-Laye. C'est dans cette direction que nécessairement les organisateurs de l'hygiène sociale moderne s'engageront et joindront à ces organisations, souvent privées, des services publics tels que l'inspection médicale scolaire, l'inspection d'hygiène. Cela a été réalisé aux Etas-Unis avec succès.

Nous reproduisons par la suite, les *règlements intérieurs* élaborés par nous à la Mission Rockefeller, pour une première mise au point du fonctionnement des dispensaires et des relations qu'ils doivent établir dans une organisation départementale contre la tuberculose.

Installation du Dispensaire

Voyons son installation.

L'importance de cette installation dépend de l'agglomération desservie : grandes villes, petites villes, dispensaires locaux, dispensaires d'arrondissement, dispensaires ruraux. En principe, il y a trois types de dispensaires :

Le dispensaire *minimum* ;

Le dispensaire *complet* ;

Le dispensaire *rural*.

La formule la plus simple et d'ailleurs celle que l'on emploie dans la majorité des petites villes, est le dispensaire *minimum*. Les locaux nécessaires sont : une salle d'attente séparée pour les hommes et les femmes ; une petite salle pour la visiteuse d'hygiène, servant comme salle des interrogations et du fichier, avec placards pour le matériel de prophylaxie et de lingerie ; et un cabinet de consultations. Un seul cabinet de consultations suffit pourvu qu'il y ait au moins deux boxes individuels de déshabillage dont les cloisons monteront jusqu'au plafond, chaque boxe ayant deux portes, l'une donnant

sur la salle de consultations, l'autre, pour la sortie, donnant dans le bureau de la visiteuse d'hygiène. De cette manière, il sera possible, pour un médecin, d'examiner hommes et femmes alternativement, sans perte de temps. Dans le cabinet de consultation, on aménagera une case, en petite chambre obscure, pour l'examen laryngologique. Si la salle d'attente est assez grande, on peut la couper en deux parties en élevant une balustrade

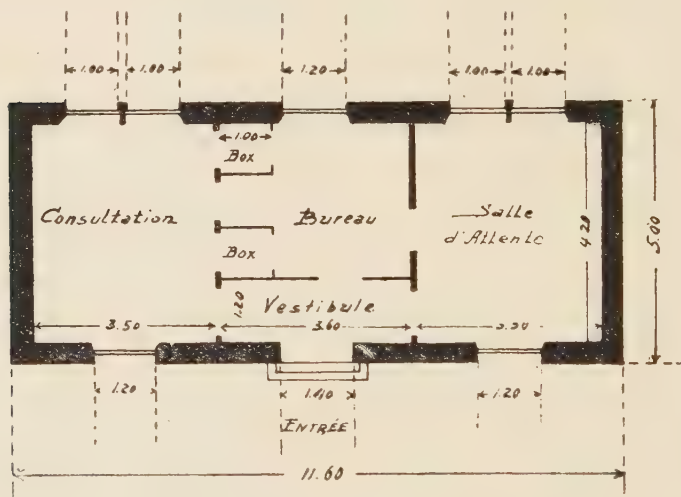


Fig. 18. — PLAN D'UN DISPENSAIRE minimum, DE 3 PIÈCES.

derrière laquelle se tient la visiteuse d'hygiène; pourtant, l'expérience a démontré que trois pièces sont nécessaires au minimum. Cependant, même dans ces petits dispensaires, il est bon de prévoir une pièce pour les diverses manipulations de crachats et d'examen rapides de laboratoire.

S'il existe une installation de radiographie à l'hôpital de la ville, il sera bon de conclure un arrangement pour avoir droit à s'en servir. Cela évitera une nouvelle installation au dispensaire même; mais dans les dispensaires centraux ou ceux situés au chef-lieu d'arrondissement, cette installation est indispensable et si l'hôpital n'en possède pas, le dispensaire devra s'en procurer une.

Pour le dispensaire rural, on peut envisager un dispensaire ambulant, c'est-à-dire un camion avec tout l'outillage nécessaire pour les examens radioscopiques et laryngologiques transportant le médecin et l'infirmière-visiteuse d'hygiène et donnant des consultations volantes périodiques dans des locaux prêtés à cet effet pour la journée, ou bien des centres ruraux d'examen médical, fixes, comme il sera décrit plus loin.

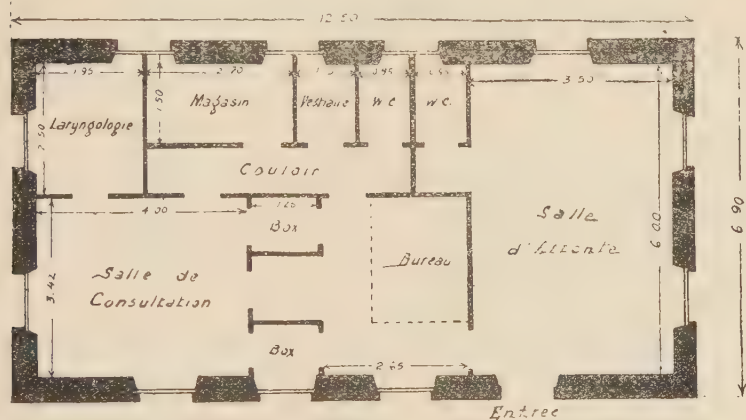


Fig. 19. — PLAN D'UN DISPENSAIRE DE MOYENNE IMPORTANCE, AVEC SERVICE DE LARYNGOLOGIE ET MAGASIN.

Des facilités de laboratoire seront données pour l'examen des crachats, de l'urine et du sang. De plus, ces examens peuvent être faits au laboratoire central du département et les échantillons envoyés par la poste, à tous les dispensaires; ce service peut être placé sous la direction de l'Inspecteur départemental d'hygiène.

Lorsqu'un dispensaire est créé à l'hôpital ou en relation avec l'hôpital, le laboratoire de cet hôpital sera naturellement utilisé, car il faut toujours se rappeler qu'il est difficile de trouver pour le service du dispensaire un médecin qui puisse se consacrer à l'examen des malades en même temps qu'aux travaux de laboratoire. C'est évidemment pour cette raison que, trop souvent encore, ces opérations de laboratoire sont con-

réunissent, parfois, les infirmières-visiteuses, ainsi que les vestiaires, toilettes, magasins, etc. Une entente avec un service dentaire sera recherchée.

Nous avons souvent reconnu qu'il était avantageux de relier le dispensaire à un hôpital ou à un hospice si ceux-ci sont bien situés et facilement accessibles. Si l'on peut loger le dispensaire à l'hôpital, on économise ainsi le loyer, la lumière, le chauffage et le gardiennage.

Nous soumettons ici quelques *plans de dispensaires* d'importance différente ainsi qu'une liste du *mobilier essentiel* à un dispensaire; nous donnons également des *formules de budget* pour un dispensaire d'hygiène sociale, pour les offices et comités départementaux antituberculeux, formules qui nous ont permis d'uniformiser les demandes de subvention ainsi que les rapports que nous recevions de beaucoup de comités, et de déterminer cependant la différence ou la séparation qui doit exister, dans un budget, entre les frais de fonctionnement médical technique, essentiels à la prévention de la maladie, et les frais d'assistance, considérés comme secondaires.

Formules de Budget

A) TYPE DE BUDGET D'UN DISPENSAIRE D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE.

Estimation des frais *minimum* d'un dispensaire central à services médico-techniques complet, en plein fonctionnement ayant :

Un médecin (deux consultations par semaine);
Service de radiologie (deux consultations par mois);
Service de laryngologie (deux consultations par mois);
Service de laboratoire;

Deux visiteuses d'hygiène (au début une seule visiteuse suffirait).

Frais généraux annuels de fonctionnement.

I. — *Local.* — Frais variables très

compressibles si le dispensaire est
installé à l'hôpital.

Loyer et entretien locatif	fr.	1.500	»
Chauffage, eau, gaz, électricité	—	2.500	»
Bureau, fournitures, correspondance, fiches	—	1.500	»
Entretien du matériel	—	500	»
		<u>6.000</u>	»
			6.000 »

a) SERVICES MÉDICO-TECHNIQUES.

II. — *Personnel. — Frais médico-techniques incompressibles.*

Médecin (à titre d'indication 20 francs pour 2 heures de consultation; 2 consultations par semaine)	fr.	2.400	»
Radiographie (subvention à un service de radiologie pour 2 consultations par mois)	—	1.000	»
Laryngologie (subvention à un service de laryngologie pour 2 consulta- tions par mois)	—	600	»
Laboratoire (subvention à un labora- toire hospitalier ou départemental) —		2.000	»
		<u>6.000</u>	»
			6.000 »

b) SERVICE SOCIAL.

2 visiteuses d'hygiène (2 x 6.000)	fr.	12.000	»
Frais de déplacement (service social) ..	—	3.000	»
Caisse de prévoyance	—	500	»
		<u>15.500</u>	»
			15.500 »

III. — *Prophylaxie.*

Sac à linge, antiseptiques, crachoirs, prêts de literies, de thermomètres, etc.	fr.	2.000	»
			2.000 »

IV. — *Placement d'enfants et contri- butions à l'hospitalisation des ma- lades*

fr.	5.000	»	5.000	»
Total			<u>34.500</u>	»

c) FRAIS D'ASSISTANCE.

(Extrêmement variables)

Médicaments .. fr.	1.000	} A faire délivrer autant que possible par l'Assistance médicale gratuite.
Secours alimentaires, vêtements et linge, objets divers. —	4.000	
Blanchissage		} Par entente avec hôpital ou buanderie municipale.

En principe les frais d'assistance sont presque aussi élevés que les frais médico-techniques. C'est le rôle des Comités locaux de patronage et de secours, de les couvrir avec le concours des subventions publiques et surtout en faisant un large appel aux initiatives privées. On peut les évaluer à 30 francs par malade et par mois dans les campagnes, à 50 francs dans les villes.

Au début, une seule visiteuse d'hygiène est nécessaire.

*
* *

B) FORMULE DE BUDGET

POUR UN COMITÉ OU OFFICE DÉPARTEMENTAL.

Tableau des dépenses à prévoir, en 1921, pour un *Office départemental d'Hygiène sociale et de Préservation antituberculeuse* — gérant un ou plusieurs dispensaires.

Sommes
nécessaires pour
assurer le plein
fonctionnement
en 1921

A. — Dépenses extraordinaires.

Frais de premier établissement :

Local:

Terrain
Construction
Achat d'immeuble
Grosses réparations d'immeuble

Sommes
nécessaires pour
assurer le plein
fonctionnement
en 1921

Aménagement:

Mise en état des locaux
Installation, mobilier
Instruments

B. — Dépenses ordinaires.

1^o Frais généraux annuels :

Locaux:

Loyer
Assurance
Eau, gaz, électricité
Chauffage
Téléphone
Gardiennage
Nettoyage, entretien
Impôts
Blanchissage

Magasin Central:

Matériel
Stocks
Entretien

Bureau:

Fichier central (Mission Rockefeller)
Publicité
Fournitures, imprimés, tracts (Mission Rockefeller)
Fiches médicales et sociales
Frais de correspondance
Entretien de matériel
Réparations
Divers

Propagande:

Brochures, circulaires, tracts
Publicité
Conférenciers

Personnel:

Secrétaire permanent (après-midi seulement)

Sommes
nécessaires pour
assurer le plein
fonctionnement
en 1921

Médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle....	
Traitement, autres médecins	
Délégués	
Médecin-Chef du dispensaire	
— — principal	
Visiteuse-Chef surv. du département	
— — surv. d'arrondissement	
Visiteuses d'hygiène	
Aides-auxiliaires	
Dactylographe	
Caisse de prévoyance et d'assurance	

Frais de déplacement:

— des médecins-spécialistes (inspection médicale)	
— de la visiteuse en chef du département	
— de la visiteuse chef d'arrondissement	
— des visiteuses volantes locales	
— des délégués spéciaux pour Conférences, visites de locaux, enquêtes, etc.	
Service d'automobile par arrondissement	
— — — département	

Services médico-techniques :

Frais de laboratoire ou subvention à un laboratoire à préparateur, à divers	
Service radiographique	
— opérateur ou spécialiste	
— photographie et divers	
Service laryngologique	
— spécialiste, divers	
— entretien, réparations et outillage	
— technique (thermomètres, etc..)	

2° *Prophylaxie :*

Crachoirs	
Antiseptiques	
Désinfection, chaux	
Eau de javel	
Nettoyage	
Rénovation	

Sommes
nécessaires pour
assurer le plein
fonctionnement
en 1921

Sacs à linge	
Blanchissage spécial	
Prêt d'articles de literie	
Prêt de chaises longues de repos	
Frais de placement des enfants	
Frais de placement des malades	
— hôpitaux	
— sanatoriums	
Frais de déplacement pour malades	
Divers	
3° <i>Frais d'assistance :</i>	
A. — Médication symptomatique d'urgence	
— médicaments ordinaires (sur liste assistance mé-	
dicale gratuite)	
— autres médicaments spéciaux	
— médicaments, aliments	
B. — Secours en nature: vêtements	
— linge	
— divers	
Secours en aliments : denrées	
Secours en espèces : secours de chauffage, ...	
— loyer	
— d'entretien de la famille	
Divers	
4° <i>Secours aux anciens militaires tuberculeux :</i>	
Sur fonds spéciaux	
5° <i>Divers. — Imprévu.</i>	
	Totaux
Somme qui sera nécessaire pour assurer le plein	
fonctionnement en 1921	

Origine des recettes :

pour l'année précédente et en prévision pour l'année suivante.

Etat	
Conseil Général	

Communes	
Comité National	
Dons, subventions privées	
Fêtes	
Subventions américaines	
Diverses sources	
Total	

*
* *

C) FORMULE DE BUDGET POUR UN SEUL DISPENSAIRE.

DISPENSAIRE D'HYGIÈNE SOCIALE DE...

Tableau des dépenses à prévoir en 1921.

Sommes nécessaires pour assurer le plein fonctionnement en 1921	Dépenses faites en 1920
—	—

A. — Dépenses extraordinaires.

A. — Frais de premier établissement.

Local :

Terrain
Construction
Acquisition d'immeubles
Grosses réparations d'immeubles .
Aménagement
Instruments

B. — Dépenses ordinaires.

1° *Frais généraux annuels :*

a) *Locaux :*

Loyer
Assurance
Eau, gaz, électricité
Chauffage
Téléphone
Gardiennage
Nettoyage, entretien
Impôts
Blanchissage

	Sommes nécessaires pour assurer le plein fonctionnement en 1921	Dépenses faites en 1920
b) <i>Bureau :</i>		
Fournitures		
Imprimés, tracts		
Fiches médicales et sociales		
Frais de correspondance		
Entretien et matériel		
Réparations		
Divers		
c) <i>Personnel :</i>		
Médecin-chef		
Médecins (nombre)		
Visiteuse-chef		
Visiteuses professionnelles		
Aides-auxiliaires		
Secrétaire		
Caisse de prévoyance et assurance		
Frais de déplacement :		
— du personnel		
— médecin		
— visiteuses		
— délégués		
d) <i>Services médico-techniques :</i>		
Frais de laboratoire ou subvention à un laboratoire		
Préparateur		
Divers		
Service radiographique :		
— opérateur ou spécialiste		
— photographie et divers		
Service laryngologique :		
— spécialiste		
— divers		
— entretien, réparation		
Outillage technique (thermo- mètres, etc.)		
2° <i>Prophylaxie :</i>		
Crachoirs		

	Sommes nécessaires pour assurer le plein fonctionnement en 1921	Dépenses faites en 1920
Antiseptiques	—	—
Désinfection :		
Chaux		
Eau de javel		
Nettoyage		
Rénovation, etc.		
Sacs à linge		
Blanchissage spécial		
Prêts d'articles de literie		
Frais de placement des enfants....		
Frais de placement des malades dans les hôpitaux, sanatoriums, autres œuvres		
Frais de déplacements pour ma- lades		
Divers		
3° <i>Frais d'assistance</i> : environ 30 fr. par mois et par malade dans les campagnes.		
A. — (Médicaments ordinaires sur liste assistance médicale gra- tuite)		
— (Autres médicaments spéciaux, médicaments, aliments, huile de foie de morue, etc.)		
B. — En nature : vêtements		
— linge		
— divers		
En aliments : denrées alimentaires		
En espèces : secours de chauffage, de loyer, d'entretien à la famille		
Divers		
4° <i>Secours aux anciens militaires tuberculeux</i> sur fonds spéciaux ...		
5° <i>Imprévu. — Divers</i>		
Totaux		

Sommes
nécessaires pour
assurer le plein
fonctionnement
en 1921

Dépenses
faites en 1920

Sommes globales :

Sommes qui seront nécessaires
pour assurer le plein et meilleur
fonctionnement en 1921

Origine des recettes :

(en 1920 et en prévision pour 1921.)

Etat
Conseil Général
Communes
Dons, subventions privées
Fêtes, etc.
Subventions américaines
Diverses sources
Total

2. Liste de mobilier et fournitures pour dispensaires

Modèle de fournitures pour dispensaire

Liste du minimum.

Meubles et accessoires	{	Tableau de consultation
		Salle de renseignements (infirmière)
		Salle d'attente
Fournitures et produits pharmaceutiques	{	Deux salles de consultation
		Deux boxes de déshabillage
		Salle pour laryngologie
		Laboratoire
		Fournitures pour archives et de propa- gande
		Fournitures de bureau
		Médicaments
		Fournitures médicales
		Appareils et instruments

Meubles et accessoires classés par pièces :

Tableau de consultation :

Indiquant les heures et les jours.

Salle d'attente :

- Pancarte avec conseils d'hygiène (voir modèle A).
- 1 table pour infirmière.
- 1 chaise.
- 1 seau.
- 6 bancs.
- 1 corbeille à papier.
- 1 porte-parapluie.

Salle de renseignements. — (infirmière).

- 2 classeurs (pour fiches grandes et petites).
- 1 table (pour un grand classeur).
- 3 chaises.
- 1 armoire pour produits pharmaceutiques.
- 1 bascule médicale avec toise.
- 1 seau.
- 1 corbeille à papier.

Deux salles de consultations : (hommes et femmes).

- 2 armoires avec tablettes pour fournitures.
- 2 tables pour docteurs.
- 2 tables d'examen (ou canapés spéciaux).
- 4 tabourets tournants.
- 4 chaises.
- 2 seaux.
- 2 corbeilles à papier.

Deux boxes de déshabillage :

- 2 paravents, s'il n'y a pas de boxes de déshabillage.
- 2 miroirs.
- 4 tabourets.
- 2 séries de porte-manteaux (ou porte-chapeaux s'il y a des paravents).

Salle de laryngologie :

- 1 table pour spécialiste formant armoire à instruments.
- 2 tabourets tournants.
- 1 table.
- 1 corbeille à papier.

Laboratoire :

- 1 table de laboratoire avec dessus inattaquable par les acides ou en verre.
- 1 tabouret tournant.
- 1 petite armoire pour colorants et réactifs.

- 1 évier avec eau courante.
- 1 essuie-mains sur rouleau de verre.
- 1 seau.
- 1 corbeille à papier.

1. — Fournitures pour archives et propagande :

- | | |
|------------------------------------|---|
| 100 fiches de malades. | } Fournis par
la Commission Américaine
sur demande. |
| 36 fiches pour rapports. | |
| 1 registre. | |
| 4 tables de poids. | |
| 500 brochures de propagande. | |
| 3 timbres en caoutchouc pour dates | |
| — sorti le..., raison — état; | |
| nom et adresse du dispensaire. | |

2. — Fournitures de bureau :

Garnitures complètes de bureau comprenant : buvards, plumiers, encriers, plumes, porte-plumes, crayons, encre rouge, encre noire, gommes, etc...

3. — *Fournitures médicales indispensables pour service du dispensaire antituberculeux :*

- 12 compte-gouttes.
- 2 crayons pour la peau.
- 6 paquets de coton hydrophile.
- 6 boules à eau chaude (pour prêter aux malades).
- 1 broc émail blanc (1 litre).
- 1 — — — (3 litres.)
- 12 blouses pour personnel.
- 4 plateaux émail blanc (30 × 45 cm.).
- 2 mètres (acier souple).
- 1 récipient rond en métal pour contenir coton hydrophile.
- 12 bouteilles à large goulot bouché à l'émeri (15 cm³) (pour contenir solutions antiseptiques).
- 6 brosses à ongles (à l'usage du médecin et des infirmières du dispensaire).
- 144 brosses à dents (pour donner aux malades).
- $\frac{1}{2}$ kilogramme de savon noir.
- 5 mètres de gaze ordinaire.
- 5 mètres de gaze iodoformée à 5 %.
- 5 mètres de gaze iodoformée à 10 %.
- 100 bouteilles (30 cm³) (pour y mettre des médicaments donnés aux malades).
- 2.500 étiquettes gommées.

144 thermomètres médicaux à l'usage du dispensaire, quelquefois pour prêter aux malades.

12 thermomètres rectaux.

24 torchons pour stériliser (pour y mettre les instruments à stériliser).

24 torchons pour vaisselle.

6 douzaines essuie-mains.

2 poissonnières ou bassines pour stériliser instruments.

1 tableau noir (pour démonstration et enseignement des malades en groupe).

6 petits draps.

1 coussin à air.

2 petites couvertures.

} pour la table d'examen.

1 boîte en émail blanc pour crachoirs (30 × 30 × 45 cm.) (pour contenir les spécimens d'urine et de crachats rapportés par les malades).

2.000 serviettes en papier (à deux usages : 1° pour en faire un masque que porte le malade pendant l'examen afin de ne pas contaminer le médecin; 2° pour y cracher au dispensaire et aussi à la maison).

1.000 sacs en papier imperméables (pour y mettre les serviettes en papier employées pour y cracher).

500 bouteilles pour spécimens d'urine.

1.000 bouteilles pour spécimens de crachats.

5 douzaines de collets (pour malades déshabillés attendant l'examen).

500 sacs en papier pour mettre dans le panier à papier dans lequel on jette les serviettes à crachats afin de faciliter leur destruction.

500 crachoirs de poche en carton

ou

100 crachoirs de poche en verre (comme les bouteilles pour spécimen de crachats).

500 crachoirs en carton (à l'usage des malades à la maison).

50 supports en métal pour ces crachoirs.

Note. — Les crachoirs en carton sont très chers et très difficiles à obtenir. Au besoin on pourrait les remplacer par des crachoirs en verre.

4. — *Meubles et accessoires indispensables :*

1 ou 2 canapés pour examen des malades (ou tables d'examen).

1 armoire pour produits pharmaceutiques (salles de consultation).

- 6 tabourets à hauteur variable (salle de consultation).
- 1 porte serviette.
- 5 tables.
- 10 chaises } pour salles de consultation et d'attente.
- 1 cadre ripoliné blanc pour sac à linge.
- 6 sacs à linge.
- 1 meuble classeur (modèle « B »).
- 2 armoires pour fournitures.
- 2 réchauds à gaz ou à lampe à alcool.
- 2 cuvettes ou brocs (s'il n'y a pas d'eau courante).
- 5 seaux.
- 4 corbeilles à papier.
- 4 tabourets.
- 2 miroirs.
- 2 porte-manteaux.
- 2 paravents (s'il n'y a pas de boxe de déshabillage).
- 6 bancs en fer (peuvent être remplacés par d'autres sièges).
- 1 pancarte avec conseils d'hygiène (modèle A).
- 1 boîte à papier hygiénique.

5. — *Appareils et instruments indispensables :*

- 1 bascule médicale, avec toise.
- 1 hémonoglobinomètre Tallquist.
- 1 thermocautère.
- 1 scarificateur.
- 12 seringues pour tuberculine.
- 1 spéculum rectal.

5a. — *Appareils et instruments pour usage général :*

- 3 petites seringues en verre pour pansements.
- 4 (2 cm³) seringues hypodermiques.
- 1 paire de ciseaux droits (23 cm.).
- 2 stylets droits (10—3/10 cm.).
- 1 spéculum vaginal à 2 valves.
- 1 spéculum pour vierges.
- 1 trousse complète comprenant :
- 1 scalpel moyen.
- 1 scalpel petit.
- 1 paire hémostate droit.
- 1 paire forceps.
- 1 sonde cannelée.
- 1 stylet.
- 1 paire de ciseaux droits.
- 1 cathétère combinaison, mâle et femelle.

- 1 porte-crayon nitrate d'argent.
- 6 aiguilles chirurgicales assorties.
- 1 bobine de soie moyenne.
- 1 bobine de catgut (moyen).
- 1 bobine de catgut chromique (moyen).
- 1 petit paquet oxyde de zinc.
- 1 seringue hypodermique avec étui et comprimés.

6. — *Laryngologie.*

- 500 applicateurs en bois pour gorge.
- 1 cachet en caoutchouc du larynx.
- 1 armoire pour fournitures laryngiennes.
- 1 spéculum pour oreilles.
- 2 seringues en caoutchouc pour oreilles.
- 2 spécula pour le nez.
- 1 miroir frontal avec lumière.
- 1 miroir Glatzen.
- 2 applicateurs laryngiens.
- 1 seringue laryngienne (baril en verre et piston métal).
- 2 stylets boutonnés (nez).
- 2 stylets droits.
- 2 séries de miroirs, n^{os} 2, 3, 4.
- 2 manches pour miroir.
- 1 pince pour oreilles.
- 2 pinces pour prendre les instruments.
- 2 abaisse-langue en métal.
- 500 abaisse-langue en bois.
- 2 petits verres
- 1 lampe à alcool.

*
* *

3. — **Mobilier et accessoires d'un dispensaire antituberculeux.**

Coût approximatif : 4 à 5.000 francs, non compris les frais de laboratoire (microscope 1.500 francs) et d'installation radioscopique (environ 12.000 francs).

Fournitures pour archives et fiches.

Série de fiches, registres, cartes, tableaux fr. 530 »

Fournitures de bureau.

Papier, plumes, encre, étiquettes fr. 100 »

Mobilier indispensable.

Salle d'attente :

Bancs à dossiers à 3 places à 160 francs pièce	fr. 480	»
1 bascule médicale à 500 francs	— 500	»
1 toise à 12 fr. 50	— 12.50	
2 thermomètres d'appartement à 3 fr. 75	— 7.50	
1 table 60 x 80	— 35	»

Bureau :

2 chaises à 25 francs pièce	fr. 50	»
1 table (60 x 80) à 35 francs	— 35	»
1 meuble classeur	— 300	»

Cabinet médical :

1 table pour le médecin, 35 ou 70 francs	fr. 70	»
1 table pour l'infirmière à 35 francs	— 35	»
1 lit d'examen à 180 fr. ou le faire en bois (150 x 60)	— 50	»
1 tabouret tournant à vis	— 38	»
3 chaises à 25 francs	— 75	»
2 boxes de déshabillage en cloison en bois de 2 mètres de haut ou :		
2 paravents à 48 francs	— 96	»
2 chaises à 25 francs	— 50	»
2 glaces à 21 francs	— 42	»
2 portemanteaux à 7 francs	— 14	»

Fournitures diverses nécessaires.

10 blouses pour médecins et infirmières à 19 fr. 50 ..	fr. 195	»
Trousse médicale d'urgence	— 50	»
5 seringues Luer et aiguilles à 5 francs		
Aiguille pour prise de sang		
Stéthoscope ordinaires à 2 tubes	— 25	»
Petites serviettes à ausculter		
Thermocautère	— 180	»
Ventouses		
Lampes à alcool	— 90	»
100 flacons pour crachats, 90 francs	— 90	»
100 flacons pour urine, 20 francs	— 20	»
100 tubes à essai (sang), 18 francs	— 18	»
2 boîtes de doigtiers en caoutchouc, 5 fr. 40	— 10.80	
500 abaisse-langue en bois à 2 fr. 15 le cent	— 11.50	
20 thermomètres médicaux à 3 fr. 75	— 75	»
Serviettes en papier pour crachats et masques, 12 francs le mille		

10 collets en molleton pour malades à 5 fr. 75	— 57 »
Broc et seau	
Porte cuvette et cuvette ou lavabos	— 188 »
Brosses à ongles à 0 fr. 40	
Réchaud à gaz à deux couronnes	— 30 »
Poissonnière en métal blanc	— 36 »
Bassine pour stériliser	— 18.50
2 corbeilles à papier	
5 petits draps de lits d'examen à 19 fr. 50	— 100 »
Sacs à linge sale à 13 fr. 50	
100 crachoirs d'appartement métal à 1 fr. 70	— 170 »
Essuie-mains, torchons, tapis de pied (30) coton gaze, leucoplaste, ampoules diverses, teinture d'iode, etc.	

Fournitures spéciales.

Microscope (petit modèle), 850 francs; (grand modèle), 1.500 francs; pour salle laryngologie, (prix minimum, 210 francs); installation radioscopique (environ 12.000 francs).

*
* *

Modèle de pancarte à mettre sur les murs des salles d'attente, ou à peindre à même le mur.

*TENEZ VOTRE MOUCHOIR EN PAPIER DEVANT LA
BOUCHE LORSQUE VOUS TOUSSEZ.*

*CRACHEZ TOUJOURS DANS VOTRE MOUCHOIR EN
PAPIER.*

*ESSUYEZ VOTRE BOUCHE AVEC LE MOUCHOIR
APRÈS AVOIR CRACHÉ OU ÉTERNUÉ.*

*METTEZ LE MOUCHOIR ENSUITE DANS LE SAC EN
PAPIER ET NE VOUS EN SERVEZ PLUS.*

NE CRACHEZ JAMAIS A TERRE.



CHAPITRE VI



MÉTHODE D'ORGANISATION INTÉRIEURE DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

LE SYSTÈME DES FICHES AMÉRICAINES ET LE FICHIER CENTRAL MÉDICAL

C'est dans les dispensaires du XIX^e arrondissement, d'Eure-et-Loir et des départements de Bretagne où nous travaillions au début, que la Mission Rockefeller mit au point les *règles de fonctionnement médical et social* des dispensaires, le *système des fiches* médicales et sociales, et le système de *rapports mensuels* permettant l'étude des statistiques et du rendement des dispensaires, ainsi que le *Fichier Central*. Les systèmes de fiches américaines, de rapports, et du fichier central, ainsi que les règlements de service médical et social des dispensaires constituèrent l'apport le plus important de nos méthodes, et une des plus belles parts du don de la Mission Américaine, à l'organisation française contre la tuberculose. Cet ensemble permettrait en effet d'arriver à un rendement effectif des organisations antituberculeuses et de les suivre avec méthode et exactitude dans leur développement. C'est pourquoi la Mission consacra à cette phase de notre travail beaucoup d'effort et d'examen. Nous insistions avec fermeté

reconnues par la Mission, ayant appris l'utilisation de ces instruments du fonctionnement intérieur des dispensaires. Avec les diverses fiches et feuilles de rapports, les registres et les meubles classeurs nécessaires furent aussi fournis gratuitement.

Pour répondre au désir de plusieurs phthisiologues de Paris, certains petits changements avaient été apportés à la rédaction des fiches médicales au cours de l'action des dispensaires américains dans le XIX^e arrondissement.

L'ensemble de ce système administratif, élaboré par la Mission Américaine, en 1917, fut adopté par l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine et par le Comité National en 1920. Plus de 200 dispensaires organisés par la Mission Rockefeller à cette époque, employaient ce système de fiches et envoyaient des rapports mensuels au Bureau de Statistique de la Commission Américaine.

La statistique des dispensaires et le système de fiches

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici tous les détails du fonctionnement intérieur et extérieur des dispensaires, l'évolution des règlements et des fiches par laquelle nous avons dû passer avant leur mise au point et leur forme définitive, au moment du transfert aux organisations françaises; mais nous tâcherons d'exposer très brièvement les principes du fonctionnement, l'unité de méthode que nous avons développée et qui fut indispensable à la généralisation de cet instrument primordial mais si complexe de la lutte qu'est le dispensaire. Le succès ne pouvait venir qu'à ce prix. La formule du dispensaire existait, c'était celle d'Albert Calmette, mais le perfectionnement des méthodes de fonctionnement, son règlement d'administration intérieure, médicale et sociale, ses relations avec les autres institutions antituberculeuses, son système de fiches, de rapports et de statistiques, la mise au point du travail et de

LES FICHES MÉDICALES

PREMIER EXAMEN D'ADULTES

NOM		PRÉNOMS		ADMIS LE 19		DISP.	
DOMICILE		AVEC enfants âgés de		diage		N°	
NÉ LE rue		NATIONALITÉ depuis		ETAT CIVIL		Année	
PROFESSION		ADRESSE		Médicin et chirurgien			
DIAGNOSTIC		TUBERCULOSE		AUTRES TUBERCULOSES		AUTRES DIAGNOSTICS	
PULMONAIRE		date		forme		contagiosité	
BT							
EXAMEN MÉDICAL		Taille		Poids (déboul)		Poussées	
Temp. bucc. ? rect. ? (heures)		Faciès		Thorax		Egls. cerv.	
Temp. d'après courbe		Dents		Mucos.		Naso pharynx	
Poids net habituel		App. digestif		Urine		Larynx	
Poids net actuel		Date		Cœur		Rachisocèle	
Poids net ultérieur						Urines	
AUTRES ORGANES							

Fig. 22. — FICHE DE PREMIER EXAMEN D'ADULTE (*recto*), rouge pour les hommes jaune foncé pour les femmes, bleue pour les enfants.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (surtout TBC et durée de contact)

AUTRES CONTACTS TBC (et durée)

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Pleurésie	Menstr. Croissance
Hémoptys	Santé habituelle
Intérite anale	Fonc. digest. hab.
TBC oss. perf.	Fréquence rhumes
TBC ganglion	Malad. vésic. respir.
Autres incl- dents de TBC	Malad. intestinales
LÈVES	ALCOOLISME

DÉBUT de la maladie actuelle

quand ?

comment ?

ÉVOLUTION depuis le début

Périodes de fièvre	Hémoptys
Incidents aigus, subaigus	TRAVAIL ossef
Expectoration	continué, changé
ÉTAT ACTUEL Exp.	BT
Toux : ses caractères	Aptitude au travail
Dyspnée : ses caractères	État des forces
Oscillations thoraciques	Amalgissement
Appétit	Sommeil (sueurs)
Digestions	Symptômes nerv.
Fonctionnement intestinal	Divers

HOSPITALIS. ET TRAITEMENT ANT.
(pour tuberculose)

INTERMÈDE

PROCHAINE
CONSULTATION

Fig. 23. — FICHE DE PREMIER EXAMEN D'ADULTE (*verso*).

l'action des visiteuses d'hygiène, furent, pour la plus grande part, l'œuvre de la Mission Américaine.

Par la force des choses, la Mission Rockefeller eut à créer un service de surveillance, d'inspection médicale et sociale des dispensaires et des organisations antituberculeuses dans les départements, et aussi à développer une méthode d'inspection technique dont nous décrivons plus loin les résultats. Le service des visiteuses d'hygiène, le service de la propagande et le service d'organisation générale et d'inspection technique furent, en réalité, les legs les plus importants que la Commission Rockefeller fit au Comité National, au Ministère de l'Hygiène et aux Comités départementaux.

Un exposé détaillé de ces fiches américaines, du travail intérieur et de la statistique des dispensaires, a été fait par le D^r Georges Guinon, médecin inspecteur de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, et a paru dans le numéro de mai-juin 1922 du *Bulletin du Comité National de Défense contre la Tuberculose* (Masson et C^{ie}, éditeurs).

Les méthodes de travail intérieur et de statistiques exposées dans cet article sont celles qui furent apportées et employées par la Mission Rockefeller et que l'Office d'Hygiène sociale de la Seine et le Comité National adoptèrent presque sans modification. Au cours de 1921, des modifications furent étudiées et appliquées par le Bureau Médical et le Bureau des Visiteuses de la Commission Rockefeller, en collaboration avec le D^r Küss, médecin-chef des Dispensaires de la Fondation Rockefeller, dans le XIX^e arrondissement.

*
* *

Voyons d'abord l'ensemble du système. Il est constitué par :

- A. Une série de fiches ;
- B. Une série de registres ;
- C. Une série de rapports.

LES FICHES MÉDICALES

PREMIER EXAMEN D'ENFANTS				DISP.
NOM	PRÉNOMS	ADMIS LE	N°	Sexe
DOMICILE	date	adresse	Année	
NÉ LE	âge	depuis	FRÈRES ET SŒURS	AGE
NATIONALITÉ		cohabitent		
ASSIDUITÉ A L'ÉCOLE		TRAVAIL (en dehors école)		
DIAGNOSTIC TBC PULMONAIRE ADENOP. TRA.-BRONCH. Tub.		AUTRES TUBERCULOSES		AUTRES DIAGNOSTICS.
DÉBUT de la maladie actuelle ÉVOLUTION depuis ce début		comment ?		
Incid. - Fièvre - Sympt. éminents - Expectores.				
ÉTAT ACTUEL Exp.				
Toux: ses caractères... Dyspnée: ses caractères... Appétit habituel... Fonctions digestives...		BT	Activité physique... État des forces... Analgésiquement... Symptômes nerveux... Diète...	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS		Santé habituelle, Antécéd.		
Plumetée... Ménophtisie... TBC ganglion... Autres incidents de TBC...		Antécéd. infect. etc. Tub. réinfection etc. Tuberc. M. à l'âge de...		
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX				
AUTRES CONTACTS TBC (Général)				

Fig. 24. — FICHE DE PREMIER EXAMEN D'ENFANTS (recto), bleue

CREISSANCE, H-3 mds, présent : châtig-ppt : Cnd (100)		: a marche à	
Prépuberté et puberté - Menstruation EXAMEN MEDICAL Tota		HABITUS (Noter troubles vascul., stigmates osseux, cutanés)	
Temp. bucc. ? rect. ? (heures) Temp. d'après courbes Poids net actuel habits Poids net ultérieur date Poids du bras de la tête actuel normal Pouls FIACIES (Noter colorat. peau, muq. et faibles caractérist.)		THORAX Périm. s-ped. l-a Resp. Conformation Stigmates Circulation veineuse CEUR DENTS Stigmates Soins à donner DIVERS : Yeux Oreilles Insuffis. nasale Végét. adén. Hyp. amygd. Noz, pharynx Larynx Otitis R. Glacéologie Urines	
			
ANALYSE DES		PLACEMENTS ET TRAITEMENTS ANT. PLACEMENTS ANT.	
PLACEMENTS ANT.		PLACEMENTS ANT.	

Fig. 25. — FICHE DE PREMIER EXAMEN D'ENFANTS (verso), bleue.

Les fiches sont divisées en trois catégories :

1. Fiches médicales ;
2. Fiches sociales ;
3. Fiches de classement et de contrôle.

A. — LES FICHES MÉDICALES.

A la première visite d'un malade justiciable de l'admission au dispensaire, il est inscrit sous un numéro qui servira à toute sa famille, et dont chaque membre est désigné par une lettre précédant le numéro de famille. Une pochette contenant sa carte d'inscription avec son numéro lui est remise et lui servira de carte d'admission à ses futures visites.

Une enquête médicale et sociale est faite par la suite sur deux séries de fiches, médicales et sociales, constituant deux dossiers distincts.

1. *Les fiches médicales.* — Ces fiches sont de couleurs différentes pour en faciliter le maniement et le classement : couleur rouge pour les hommes, jaune foncé pour les femmes, bleue pour les enfants.

a) *Fiche de premier examen d'adulte* (fig. 22, p. 88). Cette fiche contient, au recto, les résultats de l'examen médical fait par le médecin à la première visite du malade. Des schémas thoraciques y sont imprimés sur lesquels le médecin note la lésion trouvée, et par des signes conventionnels, tels que ceux déterminés par le Dr Küss, médecin-chef du dispensaire Rockefeller du XIX^e arrondissement; le médecin indique les signes observés à la palpation, à la percussion et à l'auscultation.

Au verso de cette fiche, la visiteuse d'hygiène note l'histoire du malade, inscrit les antécédents du malade, l'histoire de la maladie actuelle, l'histoire pathologique générale de l'individu.

b) *Fiches d'examens ultérieurs d'adultes* (couleur jaune clair, fig. 27, p. 92). Ces fiches constituent l'observation du malade sur une période prolongée, avec les annotations nécessaires à chaque visite.

c) *Fiches de premier examen d'enfants* (couleur bleue, fig. 24 p. 90).

d) *Fiches d'examens ultérieurs d'enfants* (couleur verte).

e) *Une fiche d'examen spécial du nez, gorge, larynx, oreilles* (couleur violette, fig. 28, p. 95). Cette fiche est remplie par le

spécialiste chargé des consultations. Elle contient un schéma des fosses nasales et du larynx.

f) *Une fiche d'examen spécial radiologique et de laboratoire* (couleur blanche).

g) *Une fiche médicale* spéciale dite « *de liaison* ». Cette fiche note brièvement les indications du médecin aux visiteuses, les prescriptions, traitements, placements, etc.; en fait, les événements importants dans la vie du malade.

L'ensemble de ces fiches constitue le *dossier médical* : il est contenu dans une *pochette individuelle* (fig. 21, p. 86), sur laquelle sont portées toutes les indications nécessaires abrégées qui éviteront d'en extraire à chaque instant les fiches incluses.

B. — LES FICHES SOCIALES.

Les fiches sociales forment un dossier social spécial contenu dans une pochette distincte. Ce dossier est établi par la visiteuse après enquête à domicile.

Les fiches sociales américaines ont été notablement modifiées par M. Fuster. Elles sont également de diverses couleurs.

1. Une fiche sur l'histoire de la famille.
2. Une fiche relative au travail et au budget de la famille.
3. Une fiche de description du logement (couleur rose).
4. Une fiche dite « de secours », indiquant l'assistance apportée au malade et à sa famille.

C. — FICHES DE CLASSEMENT ET DE CONTRÔLE.

Ces fiches, entièrement l'œuvre de la Commission Américaine Rockefeller, sont destinées à coordonner et faciliter le travail des infirmières-visiteuses d'hygiène; elles aident à contrôler le fonctionnement et la statistique du dispensaire. Car la partie administrative du travail du dispensaire consiste en l'emploi de fiches ainsi que de registres et de feuilles de rapports. Nous pûmes croire au début que ces écritures apporteraient une grande complication ainsi qu'une perte de temps; l'expérience a prouvé le contraire et les infirmières-visiteuses, presque dès le commencement, les ont considérées comme une simplification notable de leur travail de dispensaire, intérieur et extérieur. Elles s'en passeraient difficilement aujourd'hui. Tout ce système permet en outre le contrôle rapide par les médecins et par l'Administration Centrale, ainsi que l'établissement d'une statistique du « rendement » des dispensaires, indispensable à une direction effective de la lutte. C'est un triple

ENQUÊTE SOCIALE DE LA FAMILLE '

[illegible]

Fig. 29. — FICHE D'ENQUÊTE SOCIALE DE LA FAMILLE (*recto*), rose.

ENQUÊTE SOCIALE DE LA FAMILLE - II

Travaux à domicile

NATURE
CONDITIONS ÉCONOMIQUES : Gains totaux / Revenu de pensionnaires

Aide en nature / Montant et source

Pensions et Retraites

Bénéficiaire privé / Bénéfices de mutualité / Ressources totales

Épargne et autres revenus

Primes d'assurance à payer

Observations

CONSEILS :

Date Signature

Fig. 30. — FICHE D'ENQUÊTE SOCIALE DE LA FAMILLE (verso), rose.

classement par *noms* (archives permanentes), par *domiciles* (rues), par *dates*, qui est simple, pratique et facilite beaucoup le travail méthodique des dispensaires.

Ces fiches de classement sont les suivantes :

1^o Une *carte d'inscription* dans une enveloppe préservatrice, remise à tout nouveau consultant. Cette carte contient le nom,

LES FICHES MÉDICALES

NOM	NEZ - GORGE - LARYNX		FICHE N°	DISE
Prénoms	PROFESSION	AGE	N°	AN
CHRONOLOGIC. LARYNX				
NEZ PHARYNX				
RESPIRATION NASALE				
				MÉDECIN
LARYNX. Début				
Troubles vocaux				
Autres symptômes				
Coloration				
Epiglottes				
Aryténoïdes				
Comm. post.				
Comm. ant.				
Cordes				
Bandes				
Trachée				
NEZ. Coryza				
Sténions				
Perméabilité				
Cornets				
Clotson				
PHARYNX. Angines				
Dolours				
Amygdales				
Paroi post. et voile				
Cavum				

Fig. 28. — FICHE D'EXAMEN SPÉCIAL DE NEZ, GORGE, ET LARYNX (couleur violette).

domicile, numéro du malade et les dates auxquelles il doit se présenter au dispensaire.

2^o Une *fiche matricule d'inscription* avec le nom et l'adresse, le numéro d'ordre du foyer tuberculeux, suivis du chiffre de l'année.

Les noms de tous les membres de l'entourage qui viennent au dispensaire sont inscrits sur cette fiche, et chacun porte une lettre A, B, C, précédant le numéro d'ordre de la famille. Ce fichier matricule, classé alphabétiquement, constitue les archives du dispensaire.

3^o Une *fiche rue*, remplie pour chaque nouveau foyer. Cette fiche de localisation topographique permet aussi d'inscrire le nombre

et les dates des visites, c'est-à-dire un *pointage* des visites faites. Ces *fiches rues* sont classées par quartier, elles portent aussi les noms et âges de tous les individus vivants au foyer tuberculeux. Elles permettent en un coup d'œil de contrôler la fréquence des visites à domicile, et de connaître la composition du foyer tuberculeux : adultes, enfants, contagieux ou non, malades ou « en contact ».

4° Une *fiche date*. Pour les visites à faire, ces fiches sont classées



Fig. 31. — ENVELOPPE PRÉSERVATRICE CONTENANT LA CARTE D'INSCRIPTION REMISE AU NOUVEAU CONSULTANT; AU VERSO DE CETTE CARTE, SONT INSCRITS LES DATES DES CONSULTATIONS FIXÉES PAR LE MÉDECIN.

dans un fichier spécial à index numérique et mensuel, afin de connaître chaque jour, d'une façon automatique, pour ainsi dire, les diverses visites qui doivent être faites par les diverses visiteuses.

5° En plus de ces fiches de travail intérieur du dispensaire, il y a la *fiche du rapport journalier des visiteuses*, notant les endroits visités, les heures d'arrivée et de départ, l'emploi du temps du dispensaire, le relevé du travail du jour. Cette fiche permet l'établissement du rapport mensuel du travail des visiteuses, et facilite le contrôle de l'emploi du temps par la visiteuse-chef surveillante.

Il est évident que le travail extérieur du dispensaire est l'action essentielle de la visiteuse d'hygiène. Son travail intérieur, par ces fiches, ne lui prend pas un temps aussi considérable que cela peut paraître, une fois qu'elle est bien au courant de leur emploi.

Dans tous les cas, ce travail intérieur d'écritures est compensé, de beaucoup, par les résultats et les moyens de contrôle qui en

découlent. Bien vite du reste, ce système américain de fiches et de rapports se généralisa et servit de guide et de code de travail aux administrateurs des Comités antituberculeux, aux médecins et aux visiteuses d'hygiène des dispensaires.

Classification des malades

Dès le début, afin d'arriver à des statistiques correctes et pour répondre par avance aux questions qui nous seraient posées, il fallait s'entendre sur une classification des cas de tuberculose et sur une *nomenclature des diagnostics* à inscrire sur les fiches médicales. Cela permettrait aux médecins de dispensaires de remplir toutes les questions inscrites sur les fiches médicales. La classification suivante datant d'avant-guerre, par accord international, fut alors adoptée.

CLASSIFICATION DES CAS DE TUBERCULOSE

FORME PULMONAIRE

Première partie. — **Etat au premier examen.**

Etendue de l'état pathologique	Symptômes
1 ^{er} degré : Incipient. — Infiltration légère d'un ou des deux sommets seulement ou d'une petite partie d'un lobe. Pas de tuberculose d'autres organes.	A : Absents ou peu marqués. — Absence ou présence de symptômes généraux peu marqués, comprenant surtout le dérangement gastro-intestinal ou l'amaigrissement rapide. Absence ou présence de légère élévation de température, d'accélération du pouls à n'importe quel moment de la journée. Les crachats sont nuls ou peu abondants : on peut trouver des bacilles. B : Symptômes marqués. — La fonction de l'appareil respiratoire n'est pas sérieusement affectée et il n'y a pas de dérangement général important. C : Symptômes graves. — La fonction d'un ou de plusieurs organes est sérieusement affectée.

2° degré : Avancé. — Etendue modérée et localisée de la consolidation avec absence ou commencement cavitare peu défini; ou bien l'infiltration est plus étendue que dans le premier degré. Pas de sérieuses complications tuberculeuses d'autres organes.

A : Symptômes absents ou peu marqués (comme ci-dessus).
 B : Symptômes marqués (comme ci-dessus).
 C : Symptômes graves (comme ci-dessus).

3° degré : Très avancé. — La consolidation est considérable, comprenant tout un lobe; commencement de creusement de cavités multiples ou graves; affections tuberculeuses d'autres organes.

A : Symptômes absents ou peu marqués (comme ci-dessus).
 B : Symptômes marqués (comme ci-dessus).
 C : Symptômes graves (comme ci-dessus).

Deuxième partie

Etat comparatif aux examens ultérieurs.

Aggravé. — Les signes physiques ou les symptômes fonctionnels et généraux sont accentués.

Stationnaire. — Tous les signes physiques et les symptômes importants sont les mêmes.

Amélioré. — Les symptômes sont moins marqués ou ont disparu. Les signes auscultatifs sont les mêmes ou montrent une amélioration; il y a généralement toux et crachats avec bacilles.

Inactif. — Absence de symptômes généraux. On peut trouver des bacilles dans les crachats. L'état pathologique est stationnaire ou rétrogressif; toutes ces conditions doivent avoir existé au moins pendant deux mois.

Arrêt apparent. — Absence de symptômes généraux et de crachats bacillifères pendant une période de trois mois. Les signes physiques doivent être ceux d'une lésion cicatrisée.

Arrêt défini. — Même état de guérison pour une période de six mois.

Guérison apparente. — Même état de guérison pendant une période de deux ans à existence normale.

Autres formes.

Pour les formes de tuberculose autres que le type pulmonaire, la classification au premier examen doit indiquer premièrement l'organe ou la partie affectée; deuxièmement, l'état pathologique si la lésion est commençante ou avancée; et, troisièmement, les symptômes peu marqués, marqués ou graves.

L'état comparatif aux examens ultérieurs peut être indiqué comme précédemment par les termes aggravé ou stationnaire, amélioré ou inactif; ou bien par l'état de guérison suivant les périodes d'observation; en arrêt apparent, arrêt défini ou guérison apparente.

*
* *

Par la suite, l'expérience démontra que cette classification était non seulement insuffisante, mais aussi difficilement applicable pour toutes les catégories de cas qui se présentaient. De plus, il fallait réunir dans une même classification le point de vue de la prophylaxie et du diagnostic précis, les malades proprement dits, à forme pulmonaire ouverte ou fermée, et les personnes exposées à la contagion. C'est en vue de cela qu'après étude, une Commission composée des professeurs Besançon, Léon Bernard, Sergent, des docteurs Méry, Guinard, Küss, Thierry, Biterlin, et Georges Guinon, adopta pour l'Office Public d'Hygiène sociale du département de la Seine, et pour le Bureau Central de la Société de Secours aux blessés militaires, Croix-Rouge Française, la nomenclature suivante, sur les bases apportées par le D^r Küss, médecin du Dispensaire Franco-Américain du XIX^e arrondissement. La Mission Rockefeller s'efforça de généraliser cette nomenclature et ainsi attira l'attention sur l'intérêt d'un diagnostic précis de tuberculose dans tous les dispensaires de France avec lesquels elle coopérait.

Les diagnostics devaient être précis, rapides, énoncés selon cette nomenclature, datés et signés par le médecin examinateur. On le verra plus loin, dans les *règlements intérieurs*, tout malade examiné devait être pourvu d'un diagnostic *dans les deux mois* après son admission au dispensaire.

RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES ET DIAGNOSTICS RÉGLEMENTAIRES

A INSCRIRE SUR LES FICHES MÉDICALES
DANS LES DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE
ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE

N ^{os}	DIAGNOSTICS (et abréviations)	DÉFINITIONS
1.	<i>Phthisie pulmonaire</i> (phtisie pulm.).	cachectisante avec expectoration Tuberculose pulmonaire chronique bacillifère.
2.	<i>Tuberculoses pulmonaires ouvertes</i> (Tp. ouvertes).	Tuberculoses pulmonaires avec bacilles constatés dans les crachats ou avec foyers tuberculeux donnant des signes indubitables de ramollissement.
3 ^o	<i>Tuberculoses pulmonaires fermées avérées actives</i> (Tp. fermées act.)	<i>Avérées</i> , c'est-à-dire avec lésions pulmonaires manifestes ayant les caractères des lésions tuberculeuses. <i>Actives</i> , c'est-à-dire avec symptômes fonctionnels ou généraux liés à la tuberculose (et non à une autre cause morbifique surajoutée), ou avec signes d'évolution (actuelle ou récente).
4 ^o	<i>Tuberculoses pulmonaires fermées avérées inactives</i> (Tp. fermées inact.).	<i>Inactives</i> c'est-à-dire pour lesquelles on ne trouve ni signes d'évolution actuelle ou récente ni symptômes fonctionnels ou généraux attribuables à la tuberculose.
5 ^o	<i>Adénopathies bronchiques tuberculeuses actives</i> (Adenop. br. tub. act.).	Ces diagnostics ne doivent être employés sauf cas exceptionnels, que pour les fiches d'enfants et à la condition que des signes définis d'adénites médiastinales ou hilaires aient été trouvés et soient notés sur les fiches.
6 ^o	<i>Adénopathies bronchiques tuberculeuses inactives</i> (Adenop. br. inact.).	
Pour la signification des mots « actives » et « inactives » (voir ci-dessus).		

N^o DIAGNOSTICS
RÉGLEMENTAIRES

DÉFINITIONS

7^o *Autres tuberculoses sans lésions pulmonaires* (T. non pulm.).

On y rangera aussi en particulier les pleurésies tuberculeuses primitives; les laryngites tuberculeuses primitives.

8^o *En contact de cohabitation*
A ou B (contact de cohab.).

A. — Enfants et adolescents.

B. — Adultes.

Sujets vivant au voisinage immédiat d'un tuberculeux contagieux. Ce diagnostic indique la nécessité d'une surveillance et d'un travail social intenses. Il ne sera porté que dans le cas où :

1^o L'examen du malade ou de ses crachats aura démontré *péremptoirement* la contagiosité.

2^o L'enquête de la *visiteuse* aura établi la cohabitation dans le même logement du tuberculeux et des sujets menacés.

3^o L'examen médical du *Dispensaire* aura montré l'absence de signes de lésion tuberculeuse chez le sujet « contact ».

9^o *En surveillance* (en observation).

A. — Enfants (anciens contacts).

B. — Adultes (anciens contacts).

C. — Enfants en contact de cohabitation avec un tuberculeux non contagieux.

D. — Diagnostics incertains avec tuberculose probable.

A et B) Sujets ayant été auparavant en contact de cohabitation prolongé avec un tuberculeux contagieux actuellement décédé, disparu, séparé de la famille définitivement.

A. — Enfants.

B. — Adultes.

C) Enfants *cohabitant* avec un malade atteint de tuberculose avérée, non contagieux.

D) Diagnostic restant incertain après la période d'observation réglementaire mais avec *probabilité de tuberculose*.

En obs : Ces diagnostics font maintenir les sujets sous la surveillance médicale du dispensaire,

sans travail social des Visiteuses pour la catégorie D; avec travail réduit pour les catégories B, C; avec travail actif pour la catégorie A.

En plus de ces neuf catégories, on doit ajouter celle de « *non tuberculeux* » (non tbc.), de « *non diagnostiqués* » dans laquelle les malades ne peuvent figurer pendant plus de deux mois, et une rubrique pour les « *non revenus* » auxquels on donne un délai de trois mois avant d'être considérés comme « sortants ».

Méthode de statistiques des dispensaires

Dès le début de notre œuvre en France, nous avons attaché la plus grande importance à l'étude du travail des dispensaires par le bureau de la statistique, malgré les critiques faites sur notre trop grande foi en l'étude des chiffres. Nous avons persévéré néanmoins, bientôt, à l'approbation de tous, et pour le plus grand bien de l'action générale des dispensaires. Nous ne saurions trop le répéter, la statistique des dispensaires est d'une véritable utilité pratique; elle permet l'appréciation du rendement d'un dispensaire individuel ou en groupe, ainsi que le contrôle de leur fonctionnement. Nous avons dû à la statistique de mener à bien le *service d'inspection technique* organisé par le bureau de l'organisation départementale et qui a donné les meilleurs résultats.

Cette inspection technique en parcourant les fiches, registres et rapports des statistiques envoyés à la Mission permettait d'apprécier les notes suivantes :

1. le nombre général des nouveaux inscrits ou admis indiquait *l'extension* réelle de l'action du dispensaire;
2. le nombre de consultants et le nombre de séances de consultations déterminait *l'activité* du dispensaire;
3. le nombre de tuberculeux diagnostiqués, et parmi ceux-là la proportion de cas positifs ou contagieux et de cas au début

LA STATISTIQUE DU TRAVAIL DES DISPENSAIRES

REGISTRE DES PRÉSENCES AU DISPENSAIRE ET DES TUBERCULEUX DIAGNOSTIQUÉS

Dispensaire

Mois d 192

DES NOUVEAUX INSCRITS, ADMIS PAR TRANSFERT ET RÉADMISS			DES ANCIENS INSCRITS		
DATE	NOM ET PRÉNOMS	Sexe	DATE de diagnostic et forme de tuberculose	DATE de déclaration au Fichier Central	NUMÉROS
		H. F. E.			H. F. E.

Fig. 34.

REGISTRE DES TUBERCULEUX DIAGNOSTIQUÉS

Dispensaire:

Mois d 192

DATE	NOM ET PRÉNOMS	SEXES	DATE de NAISSANCE	DOMICILE	PROFESSION	Forme de Tuberculose	DATE de DÉCLARATION au FICHIER CENTRAL
		H. F. E.	H. F. E.				

Fig. 35.

REGISTRE DES SORTIES

Dispensaire

Mois d 19

DATE	NOM ET PRÉNOMS	Sexe		Date de naissance	NON TUBERCULEUX	NON DIAGNOSTIQUES	TUBERCULEUX	RAISON DE LA SORTIE POUR LES TUBERCULEUX										PLACEMENTS										Date de déclaration au Fichier Cent. (pour la Tbc)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		Hom	Fem					Ref.	Idéalité	Tuberculose	Démographie	Ordonne	Appareils	Roux	Médicaments ou autres produits du dispensaire	Perte de travail	Traumatisme	Acc. Hématome	Acc. Infection	Acc. Maladie	Acc. Maladie	Prévention	Acc. Prévention	Autres placements	Emplacement	Acc. Prévention	Non Tuberculeux		Tuberculeux	Thérapeutique	Facilité	Thérapeutique	Autres																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

Fig. 36.

de la maladie, témoignait de la *qualité* du service médical et du service de *laboratoire* ;

4. le nombre de visites à domicile, par les visiteuses d'hygiène ; le nombre de contacts de cohabitation amenés au dispensaire ; le nombre de placement d'adultes et d'enfants donnait une idée de l'*action sociale* du dispensaire.

Toute cette statistique repose sur la tenue d'un *registre-journal en plusieurs parties* et d'un *rapport mensuel* établi d'après les chiffres du registre-journal. Les cinq parties de la statistique sont constituées par les registres et les rapports suivants :

1° *Registre des présences aux consultations*, (fig. 34, p. 104).

Les nouveaux admis sont inscrits à l'encre noire ; les admis par transfert ou par réadmission, à l'encre rouge. Ce registre est tenu à jour après chaque consultation.

2° *Registre des tuberculeux diagnostiqués*, (fig. 305, p. 104). La feuille est tenue à jour après chaque consultation.

3° *Registre des sorties, des transferts et des placements*, (fig. 36, p. 104). Noter la distinction entre le placement des *tuberculeux* dans les hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, maisons de convalescence, et le placement des *non tuberculeux*, tels que enfants ou adultes placés dans les colonies de placement, colonies de vacances, œuvre Grancher, placement familial d'une sorte ou d'une autre, écoles de plein air, maisons de repos, œuvres d'envoi à la campagne.

4. *Résumé mensuel des statistiques*, (fig. 38, p. 106). Ce rapport est fait d'après les chiffres, déjà calculés, inscrits sur les divers registres.

5. *Résumé du travail des infirmières-visiteuses*, (fig. 37, p. 106). Ce résumé est établi d'après les fiches du rapport journalier de l'emploi du temps de chaque infirmière-visiteuse.

6. *Rapport mensuel général du dispensaire*, (fig. 39, p. 108). Les éléments de ce rapport sont pris dans les registres et résumés, décrits ci-dessus. Ce rapport mensuel était envoyé par chaque dispensaire à son Comité Départemental Antituberculeux, et au Bureau de la Statistique de la Mission Rockefeller.

L'envoi de ce rapport était une condition pour une subvention possible de la Mission Américaine. Nous avons ainsi au cours de quatre années, habitué les Comités départementaux et les Comités locaux d'envoyer à une administration centrale de direction et d'inspection un compte rendu du travail de leurs dispensaires. Nous avons fait cela avec l'espoir qu'après le départ de la Mission Américaine, ces rapports mensuels seraient envoyés par chaque dispensaire à leur Comité départemental et au Ministère de l'Hygiène où doit être créé le bureau de statistique et d'inspection technique des œuvres et établissements antituberculeux. En attendant la création de ce bureau au Ministère de l'Hygiène, une entente a été faite entre le Ministère et le Comité National de Défense contre la Tuberculose, selon laquelle, les rapports mensuels des dispensaires seront centralisés au Comité National. Ce dernier assurerait, temporairement tout au moins, l'inspection technique des dispensaires, au nom de ces deux Administrations Centrales qui dirigent la lutte contre la tuberculose.

En outre de ces registres, résumés et rapport mensuel général sur chaque dispensaire, le bureau de la statistique de la Mission Rockefeller établissait tous les mois et à la fin de chaque année, un *tableau mensuel général et comparatif* de l'action des différents dispensaires dans *chaque département* de France, ainsi qu'un autre tableau graphique établissant chaque mois, pour chaque dispensaire, les données permettant de dresser les courbes annuelles des statistiques fondamentales, c'est-à-dire :

- le nombre de nouveaux consultants admis,
- le nombre de nouveaux tuberculeux diagnostiqués,
- le nombre de tuberculeux contagieux, positifs,
- le travail des visiteuses d'hygiène.

L'étude de ces tableaux comparatifs, mensuels et annuels, ainsi que des courbes graphiques de chaque dispensaire et de chaque département, permettait à une Administration centrale, telle que la nôtre, de suivre d'une façon continue le fonctionnement des dispensaires et des Comités locaux antitu-

RAPPORT DU MOIS DE _____ **DÉPARTEMENT DE _____ DISPENSAIRE DE _____**

I. CHIFFRES RELATIFS AUX CONSULTATIONS	TYPE DE CONSULTATION			
	GÉNÉRALE	LARYNGOLOGIE	RADIO	TOTAL
1. Nombre de séances de consultation pendant le mois.....				
2. Nombre de consultations données.....				

II. MOUVEMENT DES CONSULTANTS PENDANT LE MOIS	HOMMES	FEMMES	ENFANTS de moins de 15 ANS	TOTAL
3. Nombre de consultants venus aux consultations pendant le mois.....				
4. CONSULTANTS INSCRITS AU PREMIER JOUR DU MOIS.....				
5. Nouveaux inscrits du mois.....				
6. Admis par transfert et anciens réadmis.....				
7. TOTAL DES CONSULTANTS INSCRITS.....				
8. CONSULTANTS SORTIS PENDANT LE MOIS.....				
9. CONSULTANTS RESTANT INSCRITS AU DERNIER JOUR DU MOIS.....				
10. Non-diagnostiqués.....				
11. En observation.....				
12. En contact de cohabitation.....				
13. Cas de tuberculose (toutes formes).....				

III. MOUVEMENT DES CONSULTANTS TUBERCULEUX PENDANT LE MOIS				
14. TUBERCULEUX INSCRITS AU PREMIER JOUR DU MOIS.....				
15. Nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués pendant le mois.....				
16. dont : Tuberculose de l'appareil pulmonaire.....				
17. / adénopathie bronchique tuberculeuse.....				
18. Autres Tuberculoses sans lésions de l'appareil pulmonaire.....				
19. Cas de tuberculose admis par transfert et anciens réadmis pendant le mois.....				
20. TOTAL DES TUBERCULEUX INSCRITS.....				
21. Tuberculeux sortis pendant le mois.....				
22. TUBERCULEUX RESTANT INSCRITS AU DERNIER JOUR DU MOIS.....				
23. Tuberculose pulmonaire avec crachats bacillifères (?).....				
24. Autres tuberculoses pulmonaires.....				
25. Adénopathie bronchique tuberculeuse.....				
26. Autres tuberculoses sans lésions de l'appareil pulmonaire.....				

IV. CLASSIFICATION DES SORTANTS ET RAISON DE LA SORTIE POUR LES SORTANTS TUBERCULEUX				
27. NON TUBERCULEUX.....				
28. NON DIAGNOSTIQUÉS.....				
29. TUBERCULEUX.....				
30. Décès.....				
31. Guérison apparente.....				
32. Sous autre surveillance.....				
33. Perte de trace.....				
34. Transfert à un autre dispensaire.....				

V. PLACEMENTS	PLACEMENTS EFFECTUÉS PENDANT LE MOIS			
35. DES TUBERCULEUX : Total.....				
36. (Adénopathies thor. comprises) Aux Hôpitaux.....				
37. Aux Sanatoriums pour pulmonaires.....				
38. Aux Sanatoriums pour thor. chirurgicales.....				
39. / Aux Préventoriums.....				
40. Autres placements des tuberculeux.....				
41. DES NON TUBERCULEUX Total.....				
42. Aux Hôpitaux.....				
43. Aux Préventoriums.....				
44. Placement familial { des Tout-Petits.....				
45. Type Œuvre Grancher.....				
46. Autres placements des non tuberculeux.....				

47. NON TUBERCULEUX.....				
48. TUBERCULEUX.....				
49. TUBERCULEUX PLACÉS A LA FIN DE CE MOIS (.....) Cont : Aux hôpitaux.....				
50. En sanatoriums pr. tub. chirurgicales.....				
51. En préventorium.....				
52. En placem ^t familial.....				

ou dispensaire des crachats bacillifères.

(Voir suite au verso)

Fig. 39. — RAPPORT MENSUEL DU TRAVAIL GÉNÉRAL D'UN DISPENSAIRE (recto).

La Mission Américaine obligeait tous les dispensaires qu'elle subventionnait à employer un même système de fiches et à lui envoyer mensuellement un rapport mensuel tel qu'il est indiqué ici. De cette manière, l'on obtint l'uniformité dans la méthode de travail et la facilité de surveillance du rendement de ces établissements.

VI. RÉSUMÉ STATISTIQUE DU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES VISITEUSES

+ Noms des Visiteuses							TOTAL
2. Jours de travail par mois.....							
3. Présences aux consultations.....							
4. VISITES A DOMICILE.....							
5. Déplacements pour causes diverses.....							
6. Malades rencontrés au cours des visites.....							
7. HEURES DE TRAVAIL: TOTAL.....							
8. INTÉRIEUR: Aux consultations.....							
9. Écritures.....							
10. Divers.....							
11. EXTÉRIEUR: Visites à domicile.....							
12. Autres déplacements.....							
13. FAMILLES VISITÉES PENDANT LE MOIS.....							
14. TOTAL GÉNÉRAL DES FAMILLES A SURVEILLER (sur liste de visite) le dernier jour du mois.....							
15. Familles avec tuberculeux inscrites au Dispensaire.....							
16. Composition de ces familles: Hommes..... Femmes..... Enfants..... Total.....							
17. Non inscrites au Dispensaire.....							

VII. SERVICE DU LABORATOIRE

			TOTAL
18. Nombre de consultants dont les crachats ont été examinés pendant le mois.....			
19. Nombre de crachats examinés pendant le mois: Positifs..... Négatifs.....			
20. Autres analyses.....			

VIII. OBSERVATIONS:

Vu, le Médecin Chef:

Vu, le Président du Comité:

Les rubriques 16 et 17 du verso ne sont obligatoires que pour le rapport de décembre.

Mo: M 71 - 1954 - 89 009

Fig. 40. — RAPPORT MENSUEL DU TRAVAIL GÉNÉRAL D'UN DISPENSAIRE (verso).

berculeux, d'apprécier et de comparer leur rendement réel, d'analyser leurs points faibles, leurs besoins et de déterminer les améliorations qui donneraient le maximum d'activité et de résultats en termes de préservation.

Dans le chapitre IX de la Statistique, à la fin de cet ouvrage, des chiffres et des graphiques montreront le rendement des dispensaires antituberculeux à travers le pays. Cette analyse générale ne fut possible que par le système de fiches, de registres et de rapports que nous venons de décrire.



LE FICHIER CENTRAL MÉDICAL

Le Fichier Central Médical tel qu'il a été organisé dans 12 départements de France par la Mission Rockefeller est le trait d'union entre les médecins, les dispensaires d'hygiène sociale, les hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, services d'hygiène, œuvres antituberculeuses d'assistance publique ou privée d'un département. C'est également l'organe de liaison entre un comité départemental et tous les travaux de défense que celui-ci a édifiés dans sa circonscription.

Son but essentiel est d'amener à connaître le plus de tuberculeux possible dans une région donnée et de permettre ensuite de suivre ces tuberculeux dans tous leurs déplacements, de pourvoir à ce qu'ils ne restent jamais sans soins ou sans surveillance, depuis le moment où on les a dépistés jusqu'à leur mort ; cette action bienfaisante se poursuivant pour la famille, même après leur mort. Ainsi assure-t-on à la famille du tuberculeux et à la Société, l'exécution des mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires. Un tuberculeux connaissant sa maladie, soigné et surveillé par des médecins et des visiteuses, constitue un danger beaucoup moins grand que le tuberculeux ignorant de sa maladie, qui, sans soins et sans surveillance, sème autour de lui, la contagion.

Si l'établissement d'un Fichier Central s'imposait dans chaque département, c'est que nous ne trouvions pas en France la *déclaration obligatoire de la tuberculose*, exigée dans d'autres pays, mais, malheureusement, des connaissances inexactes ou insuffisantes sur la mortalité par tuberculose, et une morbidité inconnue. Le Fichier Central devait être dans chaque département l'outil de première importance pour la direction de la lutte et pour l'établissement de statistiques plus exactes, ceci au point de vue national autant que départemental.

L'organisation de ce service est départementale, mais son champ d'action se trouve à la fois intra, inter départemental et

même national. Etabli par l'Office ou le Comité départemental antituberculeux, le Fichier Cental sera installé de préférence dans les bureaux de l'Inspection Départementale d'Hygiène et surveillé par le Médecin Inspecteur d'Hygiène et le Médecin chef de l'organisation départementale. Son caractère reste strictement confidentiel et professionnel; les déclarations sont faites de médecin à médecin, et toutes précautions prises pour conserver l'intégrité du secret professionnel.

Sous l'autorité du Préfet, tous les services d'Assistance de la Préfecture entrent en relation avec lui :

Assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893).

Assistance aux vieillards, infirmes, incurables (loi du 14 juillet 1905).

Assistance aux familles nombreuses (loi du 14 juillet 1913).

Assistance aux réformés et mutilés (loi du 31 mars 1919, art. 64).

Enfants assistés (loi du 2 juin 1904, modifiée en 1905, 1906 et 1911).

Commission de réforme (circulaires ministérielles du 11 mai 1916, 15 juillet 1917 et 11 mai 1922).

Conseils de révision (circulaire du 22 février 1922).

Assistance aux veuves de guerre.

Visites médicales scolaires.

Pupilles de la Nation, etc.

En dehors des dispensaires et des établissements de cure, le recensement des tuberculeux provient de 11 sources d'information.

Son champ d'action est donc immense. Ce n'est guère qu'au bout de 2 ou 3 ans qu'il lui aura été donné de connaître, non pas tous les tuberculeux du département, car une majeure partie de ceux qui appartiennent à la classe aisée lui échappera encore, mais tous ceux dont l'éducation hygiénique est la plus imparfaite et, par conséquent, ceux pour lesquels les conseils et la surveillance prophylactique sont le plus nécessaires, tant au point de vue familial qu'au point de vue social.

NOM ET PRÉNOMS		Numéro		Année	
Sexe	Age	Né le	Profession		
Adresse		le	Adresse	le	
Adresse		le	Adresse	le	
Adresse		le	Adresse	le	
Forme de Tuberculose : (pulmonaire) (laryngée) (osseuse) (autres formes)					
DATES	GRUPE	DÉCLARÉ PAR	OBSERVATIONS	B. T.	

DÉCLARATIONS ET NOTIFICATIONS DE TUBERCULEUX - FICHE INDIV-DUELLE

Fig. 44. — FICHE PRINCIPALE INDIVIDUELLE (Forme F. C. I.).

Fonctionnement du Fichier

Cependant quelqu'important que soit son rôle, le fonctionnement de ce fichier est des plus simples. On emploie une série de fiches, la principale en carton et plusieurs, auxiliaires, en papier.

La *fiche principale et individuelle* (F.C.I.) (p. 113, fig. 41) est établie pour chaque tuberculeux et porte le numéro d'ordre, les nom et prénoms, âge, profession, adresses successives de ce malade depuis son inscription. La partie inférieure de la fiche ainsi que le verso sont destinés à enregistrer au fur et à mesure qu'ils sont fournis, tous les renseignements concernant ce même malade : hospitalisations, changements d'adresse, déplacements, etc., ainsi que date, groupe, déclaré par, indication de diagnostic, caractère de contagion ou non, etc.

La série des *petites fiches auxiliaires*, au nombre de 10, sert pour la fiche individuelle et se divise en trois groupes :

1° celles qui sont envoyées au Fichier Central par les dispensaires, œuvres, laboratoires, services d'assistance ci-dessus nommés ;

2° celles qui lui sont envoyées par les hôpitaux, sanatoriums, préventoriums ;

3° celles qui sont envoyées par le Fichier Central aux dispensaires.

Le dispensaire ou le Service d'Assistance, etc., est tenu de signaler au Fichier Central, par l'envoi de la formule (F. C. 4.) en y ajoutant le caractère de contagiosité si possible, tout nouveau cas de tuberculose qu'il diagnostique (cas du dispensaire) ou dont il a connaissance par un certificat médical (cas des services d'assistance, etc.).

Avec la formule (F. C. 5.) le dispensaire notifie la « sortie » de ses malades en ayant soin de bien indiquer la cause de cette sortie : hospitalisation, changement d'adresse, etc. (ne pas oublier de donner l'adresse très complète). Dans le cas où un malade change d'adresse tout en continuant à habiter dans la même circonscription du dispensaire où il est inscrit, la notifi-

LE FICHIER CENTRAL MÉDICAL

N°
du Fichier Central

(Hôpital) (Dispensaire)

Le 19

NOTIFICATION D'UN CAS DE TUBERCULOSE

Au Fichier Central :

Le cas de tuberculose ci-dessous a été diagnostiqué dans { *ce Dispensaire*
cet Hôpital

Nom et prénom du malade

Sexe Age Né le Profession

Domicile du malade (Ville, rue et n°)

Forme de tuberculose (pulmonaire) (adénopathie bronchique) (laryngée) (ossuse) autre forme :
(laquelle)

Méthode employée pour le diagnostic (laboratoire) (rayon X) (signes physiques)

Nom et qualité du signataire :

DÉPARTEMENT :

Fig. 42. — FICHE DE NOTIFICATION PAR UN DISPENSAIRE, HÔPITAL OU SANATORIUM (Forme F. C. 4).

DÉPARTEMENT :

FICHIER CENTRAL

Le 19

ADMISSION D'UN CAS DE TUBERCULOSE AUX HOPITAUX OU SANATORIUMSAvis au { Dispensaire Antituberculeux de :
Fichier Central de :*Le tuberculeux ci-dessous venant du secteur desservi par votre dispensaire**est entré* { *à l'hôpital*
au sanatorium

Nom et prénom du malade

Sexe Né le Profession

Domicile du malade (Ville, rue et n°)

Forme de tuberculose : (pulmonaire) (adénopathie bronchique) (laryngée) (ossuse) (autre forme :)
(laquelle)

Date d'entrée 19

Le Fichier Central :

Fig. 43. — FICHE DE NOTIFICATION APRÈS ADMISSION D'UN CAS DE TUBERCULOSE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE TRAITEMENT (Forme F. C. 2).

cation de la nouvelle adresse se fait à l'aide de la formule (F. C. 7.).

Lorsqu'un malade est réadmis dans un dispensaire ou qu'il y est admis par transfert, on se sert de la formule (F. C. 6.) pour l'un et l'autre cas.

De plus, tous les mois, chaque dispensaire envoie au Fichier Central la liste des résultats des examens de crachats faits dans son laboratoire.

Les hôpitaux, sanatoriums, préventoriûms agiront de la même façon vis-à-vis du Fichier Central, mais en employant les formules F. C. 8. et F. C. 9., avis au Fichier Central de l'admission d'un cas de tuberculose à l'hôpital ou au sanatorium.

D'autre part, le dispensaire reçoit avis de l'entrée et de la sortie (même en cas de décès) de tous les tuberculeux qui passent par ces établissements, de ceux aussi que lui a adressés un des Services d'Assistance : formule F. C. 2 et F. C. 3. Et il signale au nouveau dispensaire dont il aura à faire partie, le malade qui change de circonscription (F. C. 10). Il en est de même lorsqu'un tuberculeux quitte le département. Le Fichier Central avertit par le même moyen (F. C. 10) le Fichier Central du département dans lequel le malade se rend ou à défaut de Fichier Central, le Médecin Inspecteur d'hygiène, par l'intermédiaire du Préfet avec la mention : *Confidentiel*.

Afin que le Fichier Central ne perde jamais de vue un tuberculeux, si au bout de trois mois le dispensaire ne lui a rien fait connaître au sujet du malade qu'il lui a signalé, le Fichier Central fait parvenir une nouvelle fiche (F. C. 12) portant au recto un rappel de la notification antérieure et au verso une série de questions, pour savoir si le tuberculeux a été réellement suivi et pour se mettre au courant des relations entre le dispensaire, le malade et sa famille.

Par ces données assez succinctes, on se rendra facilement compte du travail d'un fichier central et de l'importance de son rôle de dépistage : il consiste, en somme, à *enregistrer tout nouveau tuberculeux qui lui est signalé, à avertir les dispen-*

LE FICHIER CENTRAL MÉDICAL

N°	Dispensaire Antituberculeux de
du Fichier Central	Le 19

AVIS DE LA SORTIE DU DISPENSAIRE D'UN CAS DE TUBERCULOSE

Au Fichier Central :

Le tuberculeux ci-dessous a cessé d'être traité au dispensaire :

Nom et prénom du malade

Sexe Né le Profession

Domicile du malade (Ville, rue et n°)

Forme de tuberculose : (pulmonaire) (adénopathie bronchique) (laryngée) (osseuse) (autre forme :)

(laquelle)

Raison de la sortie : (décès) (guérison apparente) (refus de soins prolongés) (perdu trace)

(hospitalisé) : où

(déménagé) : nouvelle adresse

Date de la sortie 19

Nom et qualité du signataire :

DÉPARTEMENT :

Fig. 44. — FICHE POUR NOTIFICATION DE SORTIE D'UN MALADE (Forme F. C. 5).

N°	(Hôpital) (Sanatorium)
du Fichier Central	Le 19

AVIS DE LA SORTIE D'UN CAS DE TUBERCULOSE D'UN HOPITAL OU SANATORIUM

Au Fichier Central :

Le tuberculeux ci-dessous a quitté l'établissement :

Nom et prénom du malade

Sexe Né le Profession

Adresse du malade au moment de l'entrée

Adresse du malade au moment de la sortie

Forme de tuberculose : (pulmonaire) (adénopathie bronchique) (laryngée) (osseuse) (autre forme :)

(laquelle)

Date d'entrée Date de la sortie

Raison de la sortie : (décès) (refus de soins prolongés) autres causes)

Nom et qualité du signataire :

DÉPARTEMENT :

Fig. 45. — FICHE DE NOTIFICATION DE LA SORTIE D'UN MALADE D'UN ÉTABLISSEMENT DE TRAITEMENT.

saires, établissements ou services intéressés, de tout déplacement de ces mêmes malades, et à se procurer des nouvelles de tous ces inscrits au moins tous les six mois.

Les exemples de l'utilité et de l'efficacité de liaison de ces fichiers centraux sont nombreux.

Le *Fichier Central Médical de la Seine* installé par la Mission Rockefeller en janvier 1921 à l'Office Public d'Hygiène Sociale et fonctionnant par ses soins et sous sa direction pendant la première année, n'avait pu obtenir la collaboration officielle du bureau de l'Assistance Publique qui contrôle les hôpitaux. Pour les informations sur les tuberculeux quittant ces hôpitaux, nous dûmes avoir recours à la collaboration des visiteuses du « *Service Social à l'Hôpital* », œuvre dirigée par M^{lle} Noufflard et constituée sur l'initiative et avec l'aide de la Croix-Rouge Américaine et de la Mission Rockefeller, en 1918.

A la fin de 1921, le « *Service Social à l'Hôpital* » ne fonctionnait que dans sept des hôpitaux parisiens traitant les tuberculeux. Néanmoins, pendant la période de sa collaboration avec le Fichier, ce service a signalé **1.527** cas, vivants ou décédés, dans les sept hôpitaux dont il s'occupait. **1.316** de ces cas, soit **86,2 %** étaient préalablement inconnus au Fichier et, par suite, inconnus aussi dans les dispensaires.

L'on peut imaginer, d'après cela, combien il y a de tuberculeux quittant les hôpitaux où les visiteuses du Service Social ne pénètrent pas, qui rentrent à leur foyer ou au travail pour semer la mort autour d'eux.

Au mois d'août 1922, **427** décès par tuberculose furent signalés par la statistique de mortalité parisienne; **59** de ces malades seulement étaient connus au Fichier Central et surveillés d'une manière effective. Pourtant quel meilleur travail de préservation aurait lieu, et combien la propagation de la maladie serait plus facilement enrayée, si tout au moins les hôpitaux signalaient aux dispensaires les malades tuberculeux qui sortent, permettant ainsi aux dévouées visiteuses d'hygiène d'assurer la prophylaxie dans les familles de ces malades. Par ailleurs, la statistique de la Mission Américaine montre que

LE FICHER CENTRAL MÉDICAL

DÉPARTEMENT

d

Le 19

FICHER CENTRAL

Au Dispensaire Antituberculeux de

A la date d 19 , le Fichier Central vous
a signalé le fait que :

M

demeurant

avait quitté } l'hôpital
 } le sanatorium

N'ayant reçu de vous jusqu'à ce jour aucun renseignement sur ce malade, nous
venons vous demander de bien vouloir répondre aux questions portées au dos de cette fiche
et de la retourner dans le plus bref délai au Fichier Central.

Le Fichier Central

(Voir au Verso)

Fig. 46. — FICHE POUR LA DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS, recto. (Forme F. C. 12.)

(verso)

La Visiteuse est-elle allée visiter le Malade

Date de la visite : 19

Le malade a-t-il été trouvé à l'adresse donnée ?

Dans l'affirmative : est-il traité par un médecin privé ?

ou a-t-il consenti d'aller au Dispensaire ?

Est-il venu au Dispensaire ?

Ce malade est-il dans sa famille ?

Dans l'affirmative :

Les membres de cette famille ont-ils été examinés au dispensaire ?

La famille a-t-elle besoin du Service Social ?

Pourriez-vous assurer ce service ?

Dispensaire :

L'Infirmière-Chef :

Le 19

Fig. 47. — FICHE POUR LA DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS, verso. (Forme F. C. 12.)

du 1^{er} janvier au 31 décembre 1922, le Fichier Central de la Seine a enregistré **20.954** cas de tuberculose pulmonaire dont **4.623** avec crachats positifs, c'est-à-dire contenant des bacilles ; sur ce nombre, **2.765** étaient déclarés par le « Service Social à l'Hôpital » et, antérieurement inconnus au Fichier, par conséquent, nous le répétons, aux dispensaires.

Le Dr Georges Guinon, inspecteur des services médicaux de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, rapporte les chiffres suivants relatifs au nombre total de notifications de tuberculose faites au Fichier Central de la Seine au 31 octobre 1921 et au 31 mai 1922.

Nombre total de tuberculeux inscrits au Fichier Central	{	31 octobre 1921	10.456
		31 mai 1922	19.681
Tuberculeux inscrits dans les dispensaires	{	31 octobre 1921	5.952
		31 mai 1922	10.482
Tuberculeux présents dans les hôpitaux	{	31 octobre 1921	181
		31 mai 1922	626
Tuberculeux présents dans les sanatoriums	{	31 octobre 1921	1.060
		31 mai 1922	2.202
Perdus de vue, décédés ou ayant quitté le département	{	31 octobre 1921	866
		31 mai 1922	2.089
Ne venant pas aux dispensaires	{	31 octobre 1921	2.397
		31 mai 1922	4.282

Nous basant sur ces chiffres, nous avons pu estimer ainsi, à sa juste valeur, l'efficacité et le rendement de l'organisation contre la tuberculose dans le département de la Seine. Le procédé d'estimation suivant est celui que nous avons proposé pour l'étude comparative du travail de nos organisations départementales et qui a été adopté par notre Service d'Inspection Technique.

Département de la Seine :

- 1° Nombre annuel de décès par tuberculose (1913) .. 16.627
- 2° Nombre théorique de tuberculeux vivants en évolution active ($\times 5$) 83.135
- 3° Nombre total de tuberculeux inscrits au Fichier Central et par conséquent *surveillés* au 31 mai 1922, 19.681

4° Le dépistage de l'organisation de la Seine est donc de 23 % au 31 mai 1922. Pour le calcul du dépistage des tuberculeux dans le département de la Seine au 31 décembre 1923, voir les tableaux n° 16 et n° 17, pages 407 et 436.

Les Fichiers Centraux dans les départements

L'organisation des Fichiers Centraux dans les départements fut faite d'abord par le Bureau de statistique, puis par le Bureau d'organisation départementale. M^{lle} Godin fut déléguée spécialement à ce travail.

L'établissement d'un fichier demande au moins un mois de travail par département. Une visite est faite à tous les établissements, œuvres et services s'occupant des tuberculeux d'une manière ou d'une autre. Une étude complète des fiches médicales et sociales de tous les dispensaires étant indispensable pour l'installation du fichier, il nous a alors été donné de voir beaucoup de choses qui laissent à désirer ; notamment l'insuffisance des diagnostics qui oblige les visiteuses à interpréter, au lieu de suivre des directives précises. Cette constatation au cours de notre travail fut une des raisons de l'organisation de notre service d'inspection technique.

Afin de ne pas surcharger les départements de dépenses nouvelles, la Commission Rockefeller leur offrait généreusement toutes les fiches nécessaires, le meuble fichier, les services d'un délégué pour l'établissement du fichier, et un certain fonds d'avance pour son fonctionnement fixé, nous l'avons dit, au secrétariat permanent ou à l'inspection départementale d'hygiène. La création du fichier central fut une des conditions essentielles de notre coopération financière dans les départements.

Depuis 1920 la Mission Américaine a organisé un fichier central médical dans les 12 départements suivants :

Aisne	Bureau départemental d'Hygiène, à la Préfecture, <i>Laon</i> .
Alpes-Maritimes ..	Office Public d'Hygiène sociale, à la Préfecture, <i>Nice</i> .

Ardennes	Bureau départemental d'Hygiène, à la Préfecture, <i>Mézières</i> .
Eure-et-Loir	Bureau départemental d'Hygiène, 6, rue de Beauvais, <i>Chartres</i> .
Finistère	Bureau départemental d'Hygiène, à la Préfecture, <i>Quimper</i> .
Hérault	Office Public d'Hygiène sociale, 2, rue Auguste-Broussonnet, <i>Montpellier</i> .
Indre-et-Loire	Bureau départemental d'Hygiène, à la Préfecture, <i>Tours</i> .
Oise	Bureau départemental d'Hygiène, à la Préfecture, <i>Beauvais</i> .
Puy-de-Dôme	Bureau départemental d'Hygiène, rue Sainte-Rose, <i>Clermont-Ferrand</i> .
Seine	Office Public d'Hygiène, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, <i>Paris</i> .
Vienne (Haute) ..	Bureau départemental d'Hygiène, à la Préfecture, <i>Limoges</i> .
Dijon (Ville de) ...	Bureau municipal d'Hygiène.

En outre, les 23 départements suivants ont reçu diverses sommes et divers matériel de la Mission Rockefeller pour l'établissement d'un Secrétariat permanent et d'un Fichier Central médical, et ont pris l'engagement de l'installer :

Aube — Territoire de Belfort — Côte-d'Or — Doubs — Gironde — Isère — Charente — Loiret — Lot — Maine-et-Loire — Mayenne — Morbihan — Nièvre — Hautes-Pyrénées — Basses-Pyrénées — Saône-et-Loire — Seine-et-Marne — Savoie — Haute-Savoie — Var — Vaucluse — Vosges.

Parmi ces départements, trois créèrent un Fichier Central au cours de 1923, selon leur engagement : Loiret, Gironde, Saône-et-Loire.

Quelques résultats des fichiers médicaux

En 1922, cinq nouveaux fichiers ont été établis. Les résultats obtenus sont assez satisfaisants puisque, grâce à eux, un nombre relativement important de tuberculeux pulmonaires (car le Fichier Central n'inscrit que ceux-ci) a pu être signalé aux dispensaires. La majeure partie du temps, les infirmières

ont amené ces malades à la consultation, et les ont visités ensuite dans leurs familles.

Ces fichiers sont les suivants :

Haute-Vienne. — Il y avait le 1^{er} janvier 1922, **821** tuberculeux pulmonaires inscrits dans **9** dispensaires. Après l'établissement du Fichier, ce nombre fut porté à **1.486**, le 31 juillet 1922, soit **665** malades récupérés, tant dans les 14 hôpitaux et hospices visités que dans les divers services de la Préfecture. Le nombre de décès par tuberculose étant chaque année de **768** et le nombre théorique de cas vivants actifs étant cinq fois autant c'est-à-dire **3.480**, le fichier de la Haute-Vienne a donc dépisté **1.486 tuberculeux**, soit **39 %**, ce qui n'est pas un résultat à dédaigner.

Finistère. — Il y avait **29** dispensaires et **2.491** tuberculeux connus avant l'installation du Fichier. Depuis cette installation, 22 hôpitaux visités ainsi que 3 sanatoriums et les Services de Préfecture collaborant au travail, ont porté le nombre des tuberculeux pulmonaires connus dans ce département à **3.327**, soit une augmentation de **33 %**. Le nombre théorique de cas vivants étant de **11.725**, le Fichier en a dépisté **28 %** au **31 juillet 1922**.

Alpes-Maritimes. — **4** dispensaires, **546** tuberculeux connus avant l'installation du Fichier; 9 hôpitaux et 3 sanatoriums visités. Résultat : **1.147** malades inscrits et visités après quelques semaines de fonctionnement du Fichier, soit : **601** tuberculeux pulmonaires dépistés en 5 semaines, c'est-à-dire augmentation de **110 %**.

Ardennes. — **6** dispensaires, **168** tuberculeux pulmonaires connus avant l'installation du Fichier; 14 hôpitaux et 2 préventoriums visités. Résultat : **278** inscrits au bout de trois semaines, d'où une augmentation de **64,6 %**.

Oise. — Le dernier né des fichiers avant le transfert de l'organisation au Comité National. Ce département avait, en avril 1922, **6** dispensaires; **503** pulmonaires y étaient inscrits. 19 hôpitaux ou hospices furent visités. En moins de trois

semaines, le nombre d'inscrits fut porté à **616**, d'où une augmentation de **22,5 %**.

Ces chiffres montrent toute la valeur de cette méthode ainsi que la nécessité de presser activement l'organisation de ces fichiers lancés par la Mission Rockefeller, et de les généraliser à travers le pays.

C'est en somme un recensement de tuberculeux qui permet aux dispensaires et aux visiteuses d'hygiène de surveiller la prophylaxie au sein des familles de tuberculeux.

*
* *

Voici un modèle d'étude de Fichier Central que nous avons proposé :

INSPECTION TECHNIQUE
BUREAU D'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE
(MISSION ROCKEFELLER)

DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE .

Date de création du Fichier : 1^{er} juillet 1922.

Etat du Fichier Central au 31 juillet 1922.

Ces tuberculeux ont été signalés par :

	Avant le fichier 1 ^{er} janvier 1922	Après le fichier 31 juillet 1922
Dispensaires	32	750
Hôpitaux, sanatoriums, préventoriums ...	2	20
Conseil de Révision (circulaire, 22 février 1922)		
Commission de réforme (circulaire, 11 mai 1922)	4	49
Service des réformés (loi, 31 mars 1919, art. 64)	23	380
Médecins particuliers	2	26
Pupilles de la Nation	0	24
Assistance aux incurables (loi, 14 juillet 1905)	1	16
Service des secours temporaires	0	5
Fichier des autres départements	0	9
Service des Enfants assistés	0	5
Assistance médicale gratuite (loi, 15 juillet 1893)	12	18
	76	1.302

Total des tuberculeux inscrits au fichier le 31 juillet 1922 :	1.302
Nombre de décès annuels par tuberculose (1913)	768
Nombre théorique de tuberculeux en évolution active ($\times 5$)	3.840
Nombre de tuberculeux connus, inscrits, au Fichier, au 31 juillet 1922	1.302

Il y aurait lieu d'ajouter à cette liste de signalement, les *bureaux d'hygiène, bureaux de statistiques municipales, les laboratoires de bactériologie, l'inspection médicale scolaire, les consultations externes des hôpitaux.*

De plus, ouvrons ici une parenthèse au sujet des sanatoriums marins et des préventoriums.

Le *Fichier* n'enregistre que les tuberculeux pulmonaires mais signale aussi aux dispensaires toutes les formes de tuberculose qui sont portées à sa connaissance par la catégorie d'établissements tels que sanatoriums marins, préventoriums, centres de placement, tant pour renseigner les visiteuses sur le va-et-vient de leurs malades, que pour leur signaler, lorsque les enfants indiqués sont inconnus des dispensaires, les familles dans lesquelles elles pourraient encore rencontrer des tuberculeux.

C'est pour la même raison que nous demandons aux hospices leur collaboration, ainsi que la liste des décès par tuberculose, afin de communiquer ces renseignements aux différents dispensaires qui feront exercer la surveillance nécessaire dans les familles malades ou des décédés.

Dans les départements qui possèdent un Fichier Central, le travail des infirmières-visiteuses se trouve de ce fait considérablement augmenté et leur œuvre de prophylaxie intensifiée.

Le *Fichier Central Médical* a comblé une grande lacune dans l'organisation de défense et de préservation contre la tuberculose; déjà, nombre de personnes hostiles au début et critiquant ces fichiers comme inutiles, les apprécient maintenant à leur juste valeur. Nous sommes récompensés de notre persévérance. Le Fichier Central est l'un des articles les plus importants des programmes d'organisation départementale et nationale que la Commission Rockefeller a préparés, et au

développement desquels elle a tant contribué. Nous avons prévu la liaison qui se crée entre les fichiers de tous les départements, et qui fournira, un jour, (ce qui était le fond de notre pensée), les éléments d'une statistique nationale indispensable à la direction de la lutte dans un pays où la déclaration obligatoire de la tuberculose rencontre encore tant d'opposition.

Situation des 9 Fichiers Centraux au 31 décembre 1923

Pendant l'année 1923, ces Fichiers Centraux ont augmenté notablement le nombre de leurs inscrits tuberculeux, comme le montre le tableau suivant :

Tableau n° 5

DÉPARTEMENTS	Aisne	Alpes-Maritimes	Ardennes	Finistère	Hérault	Indre-et-Loire	Puy-de-Lôme	Seine	Haute-Vienne	TOTAL
Nombre de Tuberculeux inscrits au fichier central	960	1.475	475	5.072	1.631	1.418	1.056	27 900	1.453	31.440
Tuberculeux inscrits dans les Dispensaires	517	437	127	2.209	635	1.009	294	12.130	516	17.962
Tuberculeux inscrits dans les Hôpitaux	10	54	16	132	88	46	30	1.256	12	1.614
Tuberculeux dans les Sanatoriums	52	43	35	275	150	51	39	2 847	70	3.562
Tuberculeux soignés par les Médecins particuliers	20	28	93	248	47	58	113	»	464	771
Tuberculeux apparemment guéris	10	2	5	300	16	7	10	»	7	357
Décédés	270	98	45	460	171	95	140	2.471	55	3.805
Tuberculeux sans surveillance médicale connue.	16	709	114	1.197	382	57	259	6.595	597	9.926

Il ressort donc, que dans 9 départements, un total de **31.440** tuberculeux sont connus au Fichier Central, et que sur ce nombre, **21.514** sont activement surveillés; c'est une manière de se rendre compte de l'efficacité d'une organisation antituberculeuse départementale.

L'analyse des rapports de ces fichiers centraux démontre aussi que les dispensaires signalent le plus grand nombre de tuberculeux au Fichier, puis viennent les hôpitaux, les Services des réformés et le Conseil de révision, les sanatoriums, et enfin les médecins particuliers qui ont signalé moins de **1 %** des cas inscrits dans le Fichier.

En calculant la population totale de ces départements et le nombre officiel de décès par tuberculose, nous notons que *le nombre de tuberculeux vivants reportés dans ces départements est près de trois fois le nombre de décès*. Au fur et à mesure de l'organisation, cela se rapprochera de plus en plus du chiffre de **5** fois le nombre de décès, qui est accepté, aux Etats-Unis, comme un minimum de tuberculeux vivants. Au cours de la démonstration antituberculeuse en Eure-et-Loir, les dispensaires, dans certains cantons, ont dépisté des tuberculeux, en nombre **7** fois plus grand que le nombre officiel de décès par tuberculose dans ces cantons.

Par ailleurs, l'on note que sur les **31.440** tuberculeux connus, plus de **5.000** sont soignés dans des hôpitaux et sanatoriums — soit, plus de **15 %**. — Notre estimation de l'armement antituberculeux nécessaire dans chaque département, exposé à la fin de cet ouvrage, et basé sur un nombre de lits d'hospitalisation égal à **25 %** des cas vivants, n'est donc nullement exagéré.

Ces exemples, qui viennent, en France, à l'appui des calculs pratiques, expérimentés aux Etats-Unis, démontrent une autre phase de l'utilité des Fichiers Centraux.

Le fichier central d'assistance

Nous ne nous sommes occupés que superficiellement de

l'organisation de ces fichiers, mais par la constitution des Comités locaux d'assistance autour de chaque dispensaire dans le plan départemental, le grand travail de coordination des œuvres d'assistance dans une circonscription donnée s'est ébauché ainsi. Insistons-y. Un Fichier Central d'Assistance, pour une ville, un arrondissement ou un département, mettant en rapport les uns avec les autres, les œuvres ou les bienfaiteurs, permettant l'échange de renseignements, coordonnant les efforts et évitant leur double emploi, économisant les secours d'argent et de temps prodigués dans des enquêtes répétées et inutiles, rendra d'incalculables services.

Terminons ces quelques renseignements en disant que c'est la Croix-Rouge Américaine qui fonda, en 1918, le Fichier Central d'Assistance et d'Aide Sociale de la Région Parisienne, 14, rue de Richelieu, lequel fonctionne encore actuellement. Il s'agissait d'établir des listes, sur le modèle des « Confidential Exchanges » de Boston et de New-York et de toutes les grandes villes aux Etats-Unis, qui comprennent les noms de toutes les familles connues par les œuvres.



UNE AFFICHE DE PROPAGANDE

de la Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France



A L'ASSAUT D'UN GRAND FLÉAU

Une personne sur trois qui meurt en France,
entre 20 et 39 ans, meurt de Tuberculose, maladie évitable

Il faut égorger le fléau tuberculeux qui décime la France :

*Groupez-vous autour de votre Comité Départemental d'Hygiène
sociale et de Préservation Antituberculeuse.*



Fig. 6. — LES AFFICHES DU « BUREAU DES ENFANTS »
DE LA CROIX-ROUGE AMÉRICAINE.



Pendant les années 1918-1919, la campagne de propagande contre la tuberculose, de la Mission Rockefeller, fut menée de front avec la propagande contre la mortalité infantile, de la Croix-Rouge Américaine. Le Bureau des Enfants de la Croix-Rouge Américaine était dirigé par le Dr Wm. Palmer Lucas.

CHAPITRE VII



POUR L'ÉDUCATION POPULAIRE LA CAMPAGNE DE PROPAGANDE CONTRE LA TUBERCULOSE

*A l'assaut d'un grand fléau :
Sur trois personnes qui meurent en France, entre 20 et
39 ans, une personne meurt de
Tuberculose, maladie évitable!*

Nul mieux que les membres de la Mission Américaine ne pouvait apprécier l'importance d'une campagne de propagande et de publicité à travers le pays, précédant la création même des Comités permanents et l'établissement des Institutions et des rouages administratifs nécessaires à la lutte.

Une grande expérience longue de plus de vingt années, aux Etats-Unis, nous avait appris que la défense contre la tuberculose n'est pas seulement une question purement d'ordre médical mais bien, au premier chef, une question d'ordre social. Dès lors, il est clair que le succès des organisations antituberculeuses ne peut être assuré que grâce à l'intérêt des autorités et du grand public, justement émus par la mortalité excessive due à cette maladie.

Le côté primordial de toute organisation antituberculeuse est un côté d'éducation générale en matière d'hygiène et de préservation. Notre premier effort devait donc porter sur l'organisation d'une campagne d'éducation intensive dans tous le pays afin d'arriver à dissiper l'épais nuage d'ignorance, à

l'abri duquel la Tuberculose, ainsi que d'autres maladies, exercent leurs ravages.

Nous savions, par avance, qu'il nous serait impossible de créer des comités locaux ou départementaux, puis des dispensaires, des hôpitaux, des sanatoriums, de faire accepter les visiteuses d'hygiène, de faire voter par les autorités publiques, locales, départementales, nationales, des règlements, des lois et toutes les sommes considérables nécessaires au fonctionnement de ces diverses institutions, sans faire naître dans tous les milieux un courant d'opinion publique en faveur de l'idée de la défense contre le fléau.

La Mission Américaine, dès le début, déclara que les dispensaires antituberculeux étaient le pivot de la lutte et elle décida d'en créer le plus grand nombre, dans le plus bref délai.

Pouvait-on organiser de toutes pièces ces nombreux dispensaires, les imposer presque à la population, là où jusqu'alors la défense contre la tuberculose n'entraînait pour ainsi dire pas dans les budgets publics et pour bien peu, dans les budgets d'œuvres privées? Il fallait que la population elle-même, que les autorités locales, départementales, nationales, voulussent bien réaliser d'abord ces premiers instruments de la lutte, puis le reste d'un programme général. En outre, la Commission Rockefeller avait pour principe de ne donner de subvention ou d'aide pour la création ou le fonctionnement de dispensaires qu'en présence d'un désir ou d'un effort sérieux, offrant toutes les garanties nécessaires de continuité. La population devait comprendre jusqu'à quel point la tuberculose minait la race, et savoir qu'en France on mourait *deux fois plus* de ce mal que dans plusieurs autres pays. Elle devait ressentir la nécessité urgente de s'armer contre ce fléau et de coopérer individuellement et en masse, pour diminuer la contagion et la propagation de cette maladie, grâce à des habitudes d'hygiène personnelle et collective, et à l'observance de la règle d'une vie saine, régulière, aérée.

Mais la France, en 1917, n'en était pas à ce degré de compréhension. La crainte instinctive, quasi superstitieuse, du

mot : tuberculose, qu'on évitait le plus souvent de prononcer, la croyance aux caractères incurable et héréditaire de cette maladie, constituait un faisceau d'erreurs et de préjugés, auquel il fallait vigoureusement s'attaquer.

Ce fut à M. Selskar M. Gunn, Professeur d'hygiène au « Massachussets Institute of Boston », choisi par notre directeur, le Dr Livingston Farrand, qu'incomba la lourde tâche d'organiser, pour la Mission, le Bureau de Propagande. Sous sa vigoureuse impulsion, conseillé par ses collaborateurs, à la Mission, et entouré d'artistes et de conférenciers français, le Professeur Gunn avec des résultats qu'on ne saurait trop apprécier, tout ce que peut donner l'esprit de publicité américaine adapté à l'hygiène.

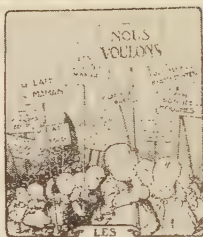
Nous dûmes tenir compte, dans cette vaste tentative d'enseignement, de la différence de mentalité qui existe entre le public français et le public américain. L'expérience nous avait rendu familières aux Etats-Unis les méthodes de réclame, de publicité et de diffusion qu'il parut indispensable d'adapter au tempérament français. C'est en cela que le Professeur Gunn et ses nombreux collaborateurs eurent le plus grand mérite. « Nul n'est prophète en son pays » : l'énorme publicité d'abord mais aussi l'enthousiasme et la sympathie témoignés aux Américains, et à tout ce qui venait d'Amérique, en 1917, donnèrent à la Mission Rockefeller une aide efficace ainsi que l'occasion unique de réussir dans la vaste campagne d'éducation qu'elle avait courageusement entreprise.

La Mission, par ailleurs, n'avait aucune affiliation religieuse ou politique qui aurait pu la mettre en suspicion aux yeux du public. Par ce fait même, nous prîmes contact avec tous les corps constitués, tous les milieux, toutes les œuvres et nous arrivâmes à coordonner leurs efforts et les nôtres, dans un même sentiment et vers un même but.

Nous avions aussi pleinement envisagé combien il eut été fâcheux de créer ce courant d'opinion et cette éducation populaire en matière d'hygiène, sans bénéficier de l'intérêt et de



**A L'AUORE DE LA PAIX
UN NUAGE INQUIÉTANT MENACE LA FRANCE
C'EST LA TUBERCULOSE
IL FAUT LA VAINCRE**



**LES
REVENDICATIONS
DES BÉBES**



**2 FLÉAUX | LE BOCHE
LA TUBERCULOSE**

**L'AIGLE BOCHE
EST VAINCU
LA TUBERCULOSE
DOIT L'ÊTRE AUSSI**



**NE NOUS ENDORMONS PAS
SUR NOS LAURIERS
LA TUBERCULOSE NOUS MENACE
IL FAUT LA VAINCRE.**

COMITÉ DE LA MISSION AMÉRICAINE EN FRANCE

*Fig. 48. — PAS D'ARMISTICE AVEC LA TUBERCULOSE !
Les Affiches historiques de la Mission Américaine en 1918 et en 1919.*

l'enthousiasme suscités. Il fallait agir avant que ceux-ci se fussent émoussés.

Un très grand effort s'imposait tout d'abord. Nous espérions, en outre, réaliser un programme d'action générale comportant un grand nombre de rouages administratifs nouveaux, de comités et d'institutions permanents. Nous ne pouvions mieux faire que de profiter de l'intérêt éveillé dans un département par la campagne d'éducation et de propagande, pour constituer en premier lieu, mais définitivement, les Comités et les dispensaires nécessaires. « C'est ainsi que, simultanément, la Commission Américaine, par ses délégués chargés de l'organisation départementale, ses *missi dominici* prédicants, établissait des rapports suivis avec toutes les autorités et personnalités locales afin de fonder ensemble avec elles, les bases d'une organisation permanente de lutte contre la tuberculose. Sous la chaleureuse direction de MM. Bruno et Wing, des comités centraux se formèrent dans ces régions; on créa des dispensaires, on fonda des sanatoriums et des services spéciaux hospitaliers pour tuberculeux; on organisa des stations de plein air et des écoles sanitaires. Pour tout dire, la Commission Américaine ayant défriché le terrain antituberculeux y sema la bonne graine. Et voici que la moisson va bientôt mûrir...! (1) »

La propagande contre la tuberculose et pour l'hygiène générale, établie, en France, par la Mission Rockefeller fut l'une des organisations de ce genre la plus complète qui ait été faite dans aucun pays. Les efforts accomplis dans cette voie avant-guerre, par le D^r Peyrot et le D^r Mantoux s'étaient stabilisés, arrêtés pour ainsi dire, devant le bouleversement d'un pays transformé en champ de bataille.

(1) Ainsi s'exprimait le Professeur Maurice Letulle dans l'article consacré à la Mission Rockefeller, publié par la *Revue d'Hygiène*, juin 1919.

Moyens d'action

La propagande américaine fut effectuée principalement par :

- a) des tournées de conférences illustrées de cinéma, faites par des *équipes ambulantes de propagande* ;
- b) une distribution de brochures, tracts, imprimés divers ;
- c) une publicité générale dans les journaux et les revues de France ;
- d) enfin divers moyens que l'ingéniosité inventive américaine suggérait.

Le principe des méthodes de propagande en vigueur à la Mission Rockefeller a été exposé comme suit, par le D^r Linsly R. Williams, directeur de la Mission, à l'occasion d'une manifestation importante, à la Sorbonne, le 5 mars 1921 : « La propagande demande des lecteurs et des auditeurs. Il n'y a pas de méthode de propagande qui soit efficace si elle ne satisfait pas et l'œil et l'oreille. La presse quotidienne est d'une importance capitale et il faudra utiliser, de temps à autre, pour les lecteurs plus réfléchis, les revues. On aura recours également aux conférences, au cinéma, aux brochures, aux tracts, aux affiches. Le cinéma, les affiches, les tracts devront être préparés en vue du grand public, et dans un langage simple toujours illustrés et sous un bref volume. Chaque brochure devra être relativement courte, avec une légende brève et appropriée, afin que le lecteur ne soit pas obligé de saisir plus d'une idée à la fois. Peu de personnes liront un manuel d'Hygiène, même s'il leur est donné, mais beaucoup liront cette semaine, un tract sur l'hygiène infantile ; la semaine suivante, un autre sur la tuberculose, et un autre encore sur la natalité.

Si l'on a l'intention d'appliquer un programme défini dans un rayon défini, on pourra faire de la propagande intensive en donnant de courtes conférences, des représentations cinématographiques, dans toutes les classes des écoles de cette région et l'on invitera les enfants de ces écoles à amener leurs

parents à une grande conférence que l'on donnera un peu plus tard. »

Les équipes ambulantes de propagande

Le matériel de ces équipes consistait en un camion automobile, contenant un générateur électrique et un appareil complet de projections cinématographiques, ce qui permettait de donner des séances illustrées de cinéma même dans les petits villages où l'électricité n'existait pas. Le camion, cette « roulotte d'hygiène », transportait cinq personnes formant



Fig. 49. — UNE « ROULOTTE D'HYGIÈNE ».

Une des 5 équipes ambulantes de propagande, qui parcouraient la France; le personnel de l'équipe, le camion automobile, le matériel comprenant toute une installation électrique pour les séances de cinéma.

l'équipe, le matériel de projection, les films cinématographiques, une exposition complète de 42 panneaux ainsi qu'un stock de brochures, tracts, cartes postales et affiches, pour distributions. Cinq équipes complètes, de ce genre; parcouraient les départements de France.

Le personnel de ces tournées ambulantes? Un groupe d'apôtres! La directrice, américaine, le conférencier, français, chargé des causeries sur la tuberculose et l'hygiène; la conférencière, française, ayant dans son lot, l'hygiène au foyer, l'hygiène de l'enfance et la lutte contre la mortalité infantile; un délégué-courrier, français également; un ou deux mécaniciens opérateurs pour la direction du camion et du cinéma.

Le délégué-courrier précédait l'équipe de quelques jours, et arrivait dans la ville ou le village, comme l'impresario d'une compagnie théâtrale. A lui incombait les arrangements pour les conférences, la location des salles, la préparation des expositions, l'affichage, les invitations aux autorités et aux personnalités publiques ou privées, et l'itinéraire de la tournée dans le département.

Par l'entremise du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de l'Instruction Publique ainsi que du Comité National de Défense contre la Tuberculose, l'équipe recevait l'accueil le plus cordial de la part de toutes les autorités et de tous les groupements: préfet, sous-préfet, inspecteur d'Académie, comité départemental, œuvres et comités locaux.

La propagande débutait par des causeries dans les écoles. Une causerie aux enfants de 15 à 20 minutes était suivie d'une démonstration cinématographique spécialement adaptée, gaie, comique souvent, toujours instructive. Quelle joie, quel enthousiasme, quelles figures épanouies parmi ce petit monde! Toutes les classes dans les écoles entendaient la conférence que, dans chaque département visité, on donnait dans les villes et les villages comptant une population de plus de 2.500 âmes.

La causerie était suivie, dans les classes, d'une distribution de cartes postales et de brochures éditées pour les enfants: « *Pourquoi soigner vos dents* », « *Aux enfants de France* ». Et la petite séance se terminait joyeusement en répétant en chœur les chansons, sur cartes postales, qui venaient d'être distribuées: tantôt, sur l'air de « *J'ai du bon tabac...* », « *... J'ai du bon soleil dans ma chambrette* », ou bien une

chanson plus pathétique : « *Va-t'en, va-t'en microbe!* » Avant de se séparer, on annonçait aux enfants des conférences plus importantes destinées aux grandes personnes.

Les enfants nous servaient, alors, auprès de leurs parents, d'intermédiaires bénévoles et de chaleureux agents de publicité. Ce mode de recrutement des auditeurs ne manqua jamais son effet. Il était complété par les belles affiches posées sur



Fig. 50. — LE WAGON ANTITUBERCULEUX.

La Mission Américaine essaya, en 1921, ce nouveau mode de locomotion pour le transport de ses équipes de propagande.

les murs, attirant l'œil et l'attention et qui portaient la désignation du lieu et de l'heure de la réunion.

Aux ouvriers, dans les usines, aux mères de famille assemblées dans les locaux des gouttes de lait et des consultations de nourrissons, aux soldats, dans les casernes, en un mot à tous les groupes populaires qu'il était possible de réunir, la conférence était répétée, avec projections cinématographiques.

Les grandes conférences se donnaient dans les villes impor-

tantes, l'après-midi ou le soir. La première ayant lieu au chef-lieu — et au grand théâtre, en général, — était présidée par le préfet. Sur l'estrade, trouvaient place les personnalités de marque de la région et celles qui étaient venues de Paris, des médecins, les inspecteurs d'Académie, de l'hygiène ou du

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE		LOIS & TÉLÉGRAPHES	
Télégramme			
<i>Monsieur le Maire</i>			
Origine	Numéro	Nombre de mots	Date
PARIS, 10, rue de la République	019744	20	1923
Heure de dépôt	Mention de Service		
12 heures			
Arriverons prochainement pour combattre TUBERCULOSE.			
CONFÉRENCE avec CINÉMA. — Entrée gratuite. —			
Distribution de Brochures.			
Mission Américaine Rockefeller contre la Tuberculose			

Fig. 51. — Sous la forme saisissante et la couleur d'un télégramme, cette affiche, placardée partout par les soins d'un délégué-courrier, annonçait l'arrivée d'une équipe de propagande.

travail. On essayait toujours d'avoir un représentant du Comité National, des comités locaux et des œuvres antituberculeuses. Un membre de la Mission Américaine la représentait, d'habitude, un délégué de son Bureau d'Organisation départementale

Le préfet ou quelque sommité locale prononçait le discours d'ouverture, suivi de la conférence sur la tuberculose qui

durait environ trois quarts d'heure. Des projections de très beaux films se rapportant au sujet traité, suivaient et le tout finissait encore par quelques allocutions et une large répartition de tracts et de brochures parmi les auditeurs.

« Et les équipes allaient ainsi, parcourant les villes, les villages, les bourgs même, ouvrant des cerveaux et des cœurs, distrayant les esprits, faisant en somme la plus utile et la plus parfaite éducation populaire. Quel exemple, et pour nous, quelles leçons ! (1). »

C'est à Chartres, en décembre 1917, qu'eut lieu la première réunion publique organisée par la Mission Rockefeller ainsi que par la Croix-Rouge Américaine. Dans l'Eure-et-Loir, la Mission se proposait, comme nous l'avons dit, de faire une démonstration complète. Cette réunion attira, dans une salle non chauffée, 2.000 personnes qui y restèrent trois heures, au bout desquelles elles se dispersèrent en criant : « Vivent les Alliés ! Vive la France ! Vive l'Amérique ! »

Lorsque la Commission Américaine eut décidé, un peu plus tard, d'étendre son action à d'autres départements, c'est par la Bretagne qu'elle commença sa longue tournée de cinq années, sur l'initiative du D^r Follet, Président du Comité départemental d'Ille-et-Vilaine. Et celui qui se rappelle la réception grandiose et enthousiaste qui fut réservée à la Mission Américaine à Rennes, au printemps de 1918, où toute la population massée des deux côtés de la route, depuis la gare jusqu'à la mairie, acclamait avec joie l'arrivée de « ces nouvelles forces américaines... contre l'ennemi intérieur : la tuberculose », conserve un bien précieux souvenir de la fraternité franco-américaine de 1918. M. Juillard, préfet d'Ille-et-Vilaine, le général d'Amade, commandant la région, M. Janvier, le bon maire de Rennes, le D^r Follet, président du Comité départemental, furent les premiers, en France, à nous initier aux belles et fécondes réunions publiques, et à nous montrer

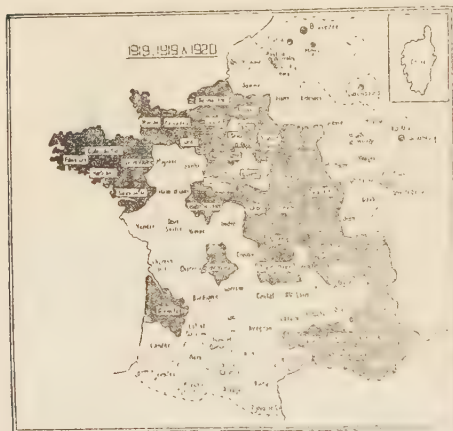
(1) Le professeur Maurice Letulle, dans la *Revue d'Hygiène*, n° de juin 1919.

CINQ ANNÉES SUR LES ROUTES DE FRANCE.
L'ŒUVRE DE PROPAGANDE DE LA MISSION ROCKEFELLER.

1918



1919



1920

Fig. 52.

1921-1922



65 DÉPARTEMENTS VISITÉS PAR LES 5 ÉQUIPES AMBULANTES DE PROPAGANDE ANTITUBERCULEUSE, DE 1918 À 1923.

En 1918 : Eure-et-Loir — Loir-et-Cher — Ile-et-Vilaine — Indre-et-Loire — Finistère — Cher — Allier (7 départements)

En 1919 : Loire-Inférieure — Côtes-du-Nord — Nièvre — Saône-et-Loire — Morbihan — Gironde — Puy-de-Dôme — Manche — Aube — Côte-d'Or — Ain — Calvados — Haute-Vienne. — Nord — la Lorraine — Gard — l'Alsace — Belfort — Orne — Eure — Paris — Seine-Inférieure — Bouches-du-Rhône (27 départements).

En 1920 : Paris — Marne — Alpes-Maritimes — Monaco — La Belgique — Le Luxembourg — Seine-et-Oise — Seine-et-Marne — Hautes-Alpes — Saône — Haute-Savoie — Oise (12 départements).

En 1921 : Loire — Isère — Loiret — Yonne — Hérault — Vaucluse — Maine-et-Loire — Corse — Haute-Marne — Hautes-Pyrénées — Vosges — Haute-Garonne — Deux-Sèvres — Ardennes — Lot (15 départements).

En 1922 : Aveyron — Tarn — Aude — Pyrénées-Orientales — Ariège — Basses-Pyrénées — Meurthe-et-Moselle — Mayenne — Sarthe — Charente — Dordogne (11 départements).

■ Départements visités.

quelle part nous allions prendre dans le cœur des populations visitées par la Mission Américaine contre la Tuberculose.

Cinq années... sur les routes de France !

Pendant l'année 1919, les équipes ambulantes avaient visité **293** villes, dans **28** départements, et distribué plus de **3 millions** d'imprimés. **1.400** causeries furent faites aux enfants des écoles. En 1920, ce fut le tour de **16** départements, de **5** arrondissements de Paris et de deux pays étrangers : la Belgique et le Luxembourg.

Pendant l'année 1921, on parcourut **15** départements ; près de **1.300** conférences y furent écoutées par **un demi-million** de personnes, et plus de **3 millions et demi** de brochures et de tracts furent distribués. *En cinq années, de 1918 à 1922, 65 départements de France furent minutieusement visités par les équipes ambulantes de la Mission Américaine ;* dans ces départements elle toucha **1.338** villes, donna **2.327** conférences populaires aux adultes, sur la tuberculose, et **4.403** conférences suivies de cinéma, sur l'hygiène générale et l'hygiène au foyer. Avec la précision qui caractérise les méthodes américaines, il a été calculé que l'ensemble de ces conférences se déroula devant un public adulte dont le chiffre dépasse celui d'**un million 250.000** personnes. Quant aux enfants, les chiffres sont aussi éloquents. Près de **5.000** causeries leur ont été faites dans les écoles et dans les différents endroits de réunion. Les auditoires enfantins dépassèrent, dans les écoles, plus d'**un million et demi** de petits Français. Les imprimés, brochures et cartes postales de toutes sortes, au nombre de plus de **15 millions** d'exemplaires, furent soigneusement répandus à travers le pays.

Tel est le bilan admirable réalisé par la Mission Rockefeller. Tels sont les résultats positifs de cette propagande pittoresque et imprévue en France. Il faut rendre justice au labeur patient, fructueux et méthodique de la Direction, ainsi qu'à celui du personnel des équipes ambulantes ; personnel

toujours fidèle, dévoué, infatigable, en communion d'esprit avec les foules auxquelles il s'adressait.

*
* *

L'on devine qu'il est naturellement impossible d'estimer tous les résultats et toutes les répercussions d'une telle œuvre. Comme on le verra plus loin, le nombre de comités, de dispensaires et tous les rouages administratifs nouveaux qui découlèrent de l'œuvre de propagande suivie de celle d'organisation départementale de la Mission, fut considérable. Mais peut-on estimer à l'avance ce que donnera la semence jetée dans les cerveaux enfantins, les conseils aux mères pour sauver leurs enfants, — la mortalité infantile enlève chaque année plus de 100.000 nouveau-nés à la France, — les appels à l'élite de la nation pour qu'elle s'éveille à la connaissance de ses devoirs sociaux et de ses responsabilités, les adjurations faites à l'homme pour qu'il ne se suicide plus par les excès? Tout cela portera certainement ses fruits, puisque le mouvement de l'opinion publique touchant les questions d'hygiène antituberculeuse aussi bien que d'hygiène générale, a été déclenché, et les notions essentielles sur la prévention de la tuberculose inculquées au grand public.

« La Commission Américaine ayant défriché le terrain antituberculeux, y sema la bonne graine et voici que la moisson va bientôt mûrir! »



Autres moyens de propagande

LES EXPOSITIONS

Les expositions transportées par les camions des équipes de propagande consistaient en une série de 42 panneaux en couleurs. Ces panneaux divisés en 6 sections spéciales, montraient les diverses phases de la tuberculose :

- 1° La nature de la tuberculose ;
- 2° Comment se propage la tuberculose ;
- 3° Les alliés de la tuberculose ;
- 4° Comment on soigne la tuberculose ;
- 5° Comment on évite la tuberculose ;
- 6° Institutions pour combattre la tuberculose.

Ces panneaux illustrés de nombreuses images en couleurs formèrent le schéma de la petite brochure : « Les Principes d'Hygiène », qui eut un si grand succès, en France, comme dans le monde entier, puisqu'elle a été traduite dans toutes les langues.

LE GUIGNOL

Le guignol pour la santé, fut essayé en 1919. Le petit théâtre, du type de celui des Champs-Élysées, avait été construit par le personnel de l'équipe, et le scénario sur l'hygiène, écrit par M. Henry de Graffigny, mécanicien dans une de nos équipes. Les résultats de cette forme d'enseignement aux enfants, ont été des plus heureux. Dans plus de **30** départements, **67.000** enfants assistèrent aux représentations du Guignol et entendirent ses acteurs en miniature s'entretenir de la tuberculose et des plus simples mesures de préservation. Evidemment, ces représentations n'avaient rien de commun avec un drame de Shakespaere, rien de King Lear, par exemple, la psychologie des personnages et l'intrigue du scénario restaient à la portée des petits êtres qu'il s'agissait d'instruire en les amusant. En voici un aperçu :



Fig. 53. — LES PANNEAUX DE L'EXPOSITION ANTITUBERCULEUSE.

Ces panneaux, en couleur, jouèrent un grand rôle dans l'effort éducatif, surtout parmi les enfants.

Un petit garçon en route pour l'école rencontre une petite fille. Le petit garçon, fier de sa science, s'empresse de parler de l'hygiène : « Sais-tu ce que c'est qu'un microbe? demande-t-il ». « C'est un grand animal », répond-elle. Rire du petit savant qui se moque de sa jeune compagne. Il lui explique alors comment les microbes se propagent, par les poussières, par les saletés, par



Fig. 54. — LE GUIGNOL POUR LA SANTÉ.

Guignol lui-même fut mis au service de l'éducation antituberculeuse. 67.000 enfants assistèrent à ses séances.

l'atmosphère surchauffée, etc... Il lui dit aussi comment on peut les éviter. Ensuite un soldat en uniforme kaki paraissait et enseignait comment on doit tenir sa maison propre. Or, pendant qu'il parle, un ivrogne arrive; le soldat naturellement l'interpelle et le morigène : — N'as-tu pas honte de boire de l'alcool? Au même moment, — conclusion tragique — l'ivrogne tombe mort et la petite fille, défendant à son tour la bonne cause, affirme que c'est ce qui attend les alcooliques, et que nous ne devons pas les imiter. « Il faut nous soigner, au contraire, car nous sommes nécessaires



Fig. 55. — LES PRINCIPES D'HYGIÈNE DOIVENT ÊTRE INCULQUÉS PENDANT L'ENFANCE.

Bannière de la Jeunesse employée par la Mission Américaine dans la *Croisade de Bonne Santé* en Eure-et-Loir. 641 écoles avec leurs 33.800 enfants furent enrôlés dans la « Croisade ».

à notre pays », disait-elle. Après ces généreuses paroles, le rideau tombait devant l'auditoire amusé et ravi.

LA CROISADE DE BONNE SANTÉ

Pour attirer l'attention d'un grand nombre d'enfants sur les principes généraux d'hygiène, nous avons essayé d'inaugurer une croisade de bonne santé dans les écoles d'Eure-et-Loir, telle qu'elle avait été menée aux Etats-Unis par « l'Association Nationale Américaine contre la Tuberculose ».

Nous reproduisons ci-dessous une copie des renseignements et des instructions donnés, d'une part aux professeurs, et aux parents, et, d'autre part, à chaque enfant, ceci sur des fiches où l'enfant était tenu d'inscrire chaque jour le nombre de tâches d'hygiène individuelle qu'il accomplissait.



Fig. 57.

UNE DES PETITES AFFICHES D'INTÉRIEUR.

Instructions aux professeurs et aux parents

AUX PROFESSEURS

Stimulez l'intérêt des enfants en affichant le résultat de leurs efforts dans une salle de l'école; également en organisant des concours entre les élèves et entre les classes, même entre différentes

SOYEZ BIEN PORTANTS ET HEUREUX

Enfants de France ! — Faites ce qui est mentionné dans la liste ci-dessous. — Faites-le chaque jour. — Que votre mère ou votre père relise cette carte avec vous, chaque soir, et marque d'une croix ce que vous avez fait dans la journée. — Portez votre carte à votre professeur chaque vendredi. — Essayez d'atteindre la perfection !

Jours de la semaine							Jours de la semaine							Jours de la semaine						
L	M	J	V	S	D		L	M	J	V	S	D		L	M	J	V	S	D	
Liste des Tâches																				
1. Je me suis lavé les mains avant chaque repas aujourd'hui.																				
2. Je me suis non seulement lavé la figure, mais aussi les oreilles et le cou, et je me suis nettoyé les ongles aujourd'hui.																				
3. J'ai essayé aujourd'hui de ne pas mettre dans ma bouche ni dans mon nez des objets susceptibles d'être sales, tels que : mes doigts, crayons, etc.																				
4. J'ai bu un verre d'eau avant chaque repas et avant de me coucher, je n'ai bu ni café noir, ni boissons malsaines avant de me coucher.																				
5. Je me suis consciencieusement brossé les dents ce matin et ce soir.																				
6. Dix fois au moins, j'ai respiré profondément l'air frais et pur du dehors aujourd'hui.																				
7. J'ai joué dehors ou avec les fenêtres ouvertes plus de 30 minutes aujourd'hui.																				
8. J'ai dormi dix heures ou plus cette nuit et j'ai laissé ma fenêtre ouverte.																				
9. J'ai essayé aujourd'hui de me tenir droit, soit assis, soit debout, de manger lentement en mâchant bien et d'aller au W. C. à la même heure tous les jours.																				
10. J'ai essayé aujourd'hui de me tenir constamment propre, de bonne humeur et d'être serviable envers les autres.																				
11. J'ai pris un bain ou me suis lavé entièrement chaque jour que j'ai marqué (x).																				
.... Nombre total des tâches accomplies chaque jour																				

* Les enfants de 13 ans peuvent se contenter de « neuf heures ». — Ceux de 9 ans devraient dormir onze heures au moins, se couchant de bonne heure et se levant de bonne heure.

Nom de l'enfant

Fig. 56. — MODÈLE DE FICHE EMPLOYÉE DANS LA « CROISADE DE BONNE SANTÉ ».

écoles afin d'obtenir le plus haut rang dans l'espace de temps le moins court, ainsi qu'un résultat proportionné à l'effort correspondant.

AUX PARENTS

Chaque soir, à l'heure du coucher, marquez avec l'enfant chacune des tâches qu'il aura remplies ce jour-là. Par exemple, s'il se lave les mains avant chaque repas, aujourd'hui, et que ce jour-là soit mardi, marquez une croix (x) sous le premier M, dans la case qui est sur la même ligne que la tâche n° 1. S'il se les lave seulement avant un repas et pas avant l'autre repas du même jour, ne marquez aucune case ce jour-là. Gardez cette marque d'une croix pour les tâches complètement remplies. Si l'enfant a pris un bain le samedi, faites une croix (x) dans la colonne marquée à la ligne de la tâche 2, et s'il a également pris un bain le mercredi ou tout autre jour, marquez une croix à la colonne de ce jour-là.

Épinglez ce tableau-programme au mur de votre chambre où votre enfant pourra bien le voir et faites-lui réciter les tâches plusieurs fois par jour pendant au moins une semaine, afin qu'il les retienne parfaitement.

Comptez le nombre des (x) que vous aurez marquées chaque jour et inscrivez le total au bas de la colonne de chaque jour.

Encouragez les enfants à exécuter ces tâches pendant deux semaines pour commencer. Il est probable que s'ils s'y sont astreints pendant ces deux semaines, ils continueront ensuite et s'ils continuent, ils seront bien portants et plus heureux.

Quatre mille quatre cent cinquante enfants âgés de 6 à 13 ans, faisant partie des 50 écoles du département de l'Eure-et-Loir, furent enrôlés dans la Croisade de Bonne Santé à titre d'essai. Sur ce nombre, **2.805** enfants, c'est-à-dire plus de la moitié remplirent régulièrement leur devoir d'hygiène, et le pratiquèrent pendant quatre semaines; au bout de cette période, nous estimions qu'étaient prises les bonnes habitudes que nous avions voulu inculquer, telles que celle de se laver les mains avant les repas, de se brosser les dents, etc...

Au 1^{er} octobre 1919, **641** écoles avec leurs **33.800** enfants avaient été engagées dans la croisade de bonne santé. Les dépenses nécessaires pour cette croisade ne furent que de 28 francs par école et de 53 centimes par enfant. La Mission avait fourni tout le matériel de campagne comprenant les

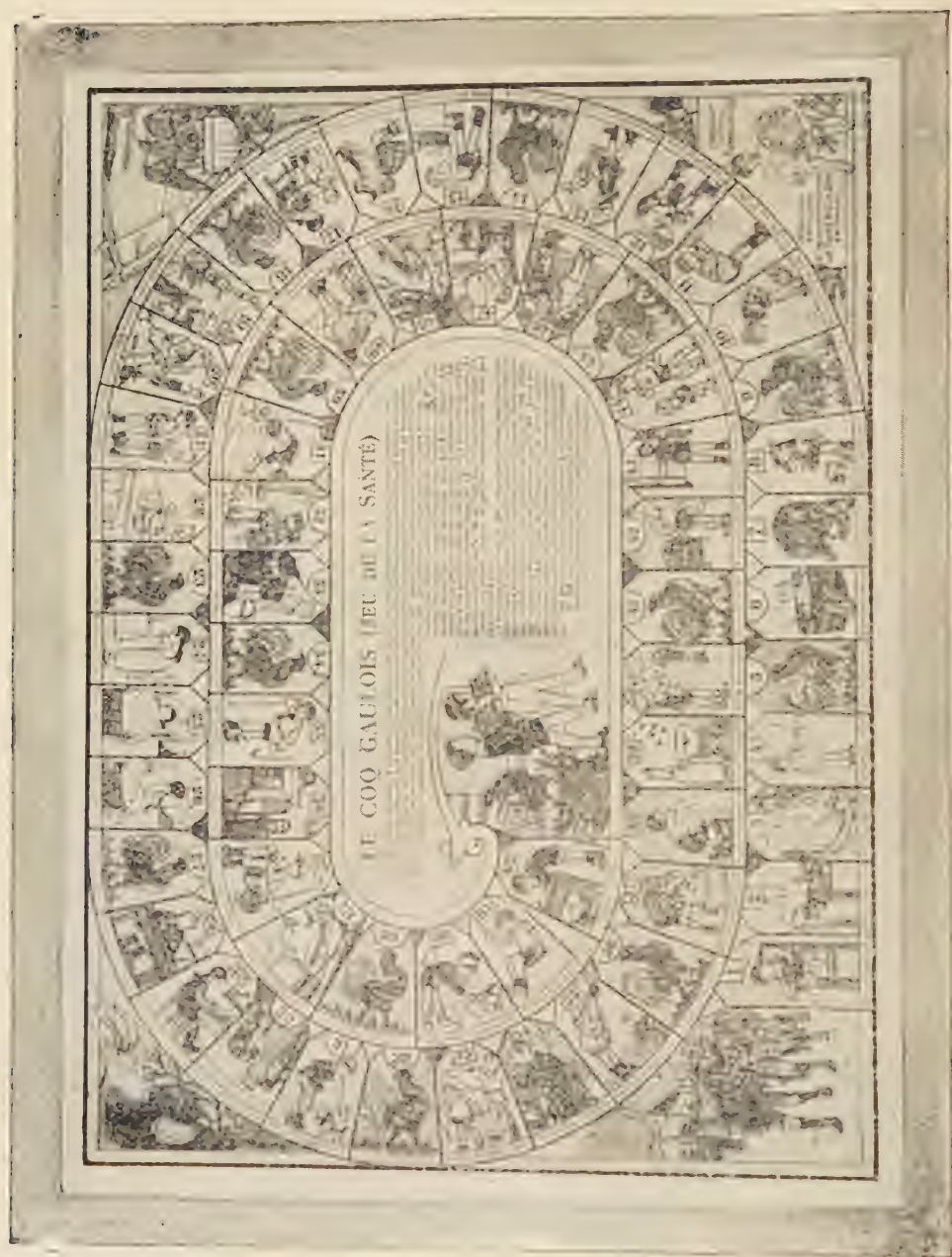


Fig. 58. — LE COQ GAULOIS (JEU DE LA SANTÉ).

Les principes d'hygiène furent popularisés parmi les enfants sous de nombreuses formes. Ce jeu de l'oie, heureusement transformé, servait de récompense aux enfants dans la « Croisade de Bonne Santé ».

tableaux d'honneur, les certificats, les médailles. En 1921, le département d'Eure-et-Loir se chargea de continuer la croisade de bonne santé ainsi commencée.

LA PUBLICITÉ PAR LA PRESSE

Nous avons utilisé la presse parisienne et la presse départementale. Pour la presse départementale, les visites des équipes de propagande qui duraient deux à trois mois, fournissaient l'occasion de nombreux comptes rendus et d'articles qui permirent aux comités locaux de se consolider et de recueillir les fonds nécessaires, par des quêtes ou des souscriptions, à travers le département. En outre, deux séries d'articles préparés sur la tuberculose; l'une de 25 articles de 700 mots; l'autre de 16 articles de 300 mots, furent publiés par un grand nombre de journaux de province. Quelques-uns de ces articles-type sont reproduits ci-après, à titre documentaire.

Article n° 1. — COMMENT ON DEVIENT TUBERCULEUX.

Pour devenir tuberculeux, deux éléments sont nécessaires : le germe de la maladie et un terrain favorable à son développement. Ces deux conditions en impliquent une troisième : le germe doit être transplanté dans le terrain où il tentera d'exercer ses ravages.

Le germe est constitué par des bacilles qui se propagent avec une rapidité incroyable. Dans les agglomérations des villes, on peut dire que tout le monde respire des microbes de la tuberculose que les malades répandent par millions. Fort heureusement, tous ces microbes ne sont pas nuisibles. Divers éléments de la nature contribuent à leur destruction et à leur mise hors d'état de nuire.

La chaleur et la lumière solaires tuent les microbes en plusieurs heures; la lumière diffuse du jour et l'air pur les rendent inoffensifs en vingt heures, selon l'intensité de l'une, la pureté de l'autre. De même l'ébullition prolongée pendant cinq minutes suffit à la destruction des microbes. Par contre, le froid et le gel ne les détériorent pas et ils peuvent survivre longtemps dans l'eau.

Les plus grands ennemis de ces bacilles, le *soleil*, le *grand air* et la *propreté* sont en même temps les meilleurs alliés de l'existence.

Les bacilles constituent des lésions dangereuses. L'infection se produit par chaque gouttelette de salive provenant des malades

lorsqu'ils crachent, toussent ou éternuent, ou par le transfert direct de leur salive lorsqu'ils embrassent les leurs, ou lorsque des objets ou ustensiles, tels que verres à boire ou gobelets communs à plusieurs personnes, sont employés. Ces microbes sont aussi desséchés et emportés par le vent dans des tourbillons de poussière. Les malades ignorants du danger de la contagion et de la nécessité pour eux de brûler les crachats, les répandent partout. Ils se mêlent à la poussière des rues, des parquets, des vêtements, des murs, etc...

La connaissance, pour tous, de ce qu'est la tuberculose et des précaution à prendre, aurait pour conséquence la disparition de ce fléau du monde entier.

Pour chaque tuberculeux qui meurt, huit personnes ont contracté la maladie.

La lutte contre les ravages de la tuberculose doit avoir comme base les devises suivantes :

Ne contaminez pas les autres.

Ne vous laissez pas contaminer par les autres.

Article n° 5. — LA TUBERCULOSE A L'ÉCOLÉ.

Dans l'étude de la propagation de la Tuberculose, les cas qui se déclarent dans les écoles, dans lesquelles des centaines d'enfants vivent en commun et en contact permanent, méritent une double considération. Les ravages que peuvent exercer les microbes parmi les jeunes peuvent être effrayants au point de vue de la génération à venir. D'autre part, c'est à l'école que l'on peut le plus facilement inculquer les principes fondamentaux d'hygiène et former des adeptes à la préservation antituberculeuse.

L'inspection médicale qui découvre les cas de maladie, les isole et en évite la contagion, joue un rôle extrêmement important et ne saurait être trop développée et trop sévère dans ses décisions. La découverte du mal parmi les écoliers est si désirable qu'il est inutile d'insister sur l'importance des moyens à exercer pour qu'elle puisse l'être à son début.

Les méthodes de prévention de la maladie peuvent être librement exercées dans les écoles où l'on peut exiger des enfants l'obéissance aux règles qui la composent.

Enfin, l'éducation des enfants est le point le plus important qui doit être pris en considération. On devrait initier les enfants à ce qu'est la tuberculose, comment elle se propage, comment elle se soigne et surtout comment elle s'évite. Leur inculquer les principes d'hygiène alliés à la santé et ennemis de la maladie, c'est préparer une génération de grande vitalité et c'est aussi réaliser

un pas en avant dans la lutte de préservation contre la tuberculose.

Les causes de propagation du mal ont les mêmes bases, mais se présentent à l'école sous des formes plus spéciales dues à l'insouciance des enfants. Certaines d'entre elles dépendent de l'administration qui devrait généraliser l'emploi des crachoirs, éviter les verres à boire ou gobelets communs, assurer la bonne ventilation des locaux. En ce qui concerne les enfants, ils échangent des crayons qu'ils portent simultanément à la bouche, mordent au même fruit ou au même sucre d'orge, mâchent des boulettes de papier, toutes choses en un mot qui ne sont que trop favorables à la propagation des microbes.

C'est ici qu'interviennent les leçons qui doivent leur apprendre à être propres, à se laver fréquemment les mains, les dents, les ongles, et à leur faire comprendre que la saleté est l'ennemi le plus féroce de la santé.

Article n° 6. — LA TUBERCULOSE A L'USINE.

En raison du contact permanent qui caractérise l'existence des ouvriers et ouvrières pendant leur travail, l'infection à l'usine prend place à côté de l'infection familiale et de l'infection à l'école.

La vie de l'ouvrier est une vie d'intérieur et enfermée. Après avoir quitté sa chambre à coucher fermée et souvent mal aérée et surpeuplée, le travailleur se rend à l'usine; il reste enfermé dans un atelier parfois malsain, souvent surpeuplé; il rentre ensuite chez lui ou se rend dans des lieux publics, surchauffés et surpeuplés.

Les usines modernes ont réalisé certains progrès au point de vue hygiénique : meilleure ventilation, éclairage plus intense, espace plus grand pour un même nombre d'ouvriers. La conséquence immédiate a été une meilleure santé des classes ouvrières, une endurance plus grande au travail, et un rendement plus satisfaisant pour l'exploitation industrielle.

Aussi moderne que puisse être une usine, *le danger d'infection tuberculeuse réside dans celui qui est atteint par le mal*. On ne saurait trop généraliser la création de comités sanitaires de surveillance et l'établissement de règles d'hygiène dans chaque usine. Les principaux facteurs de la propagation de la tuberculose résident dans les crachats, la salive et la poussière, si elle est balayée à sec. Il devrait être interdit aux ouvriers de *cracher à terre*, les crachats pouvant répandre d'autres maladies que la tuberculose. Les verres à boire ou gobelets *communs* devraient être supprimés, la salive des autres étant au moins aussi dangereuse que les crachats.

Il semblerait que la tuberculose fasse partie de certains métiers. Ce n'est pas exact : *les microbes sont la cause du mal*. La nature de ces métiers a pour conséquence d'affaiblir les organismes qui ne peuvent résister que difficilement à l'attaque des microbes. Le remède réside dans une constitution aussi forte que possible, dans la vie saine et hygiénique, et dans la nécessité d'éviter une infection continue et massive.

Les films cinématographiques

Chaque conférence ou causerie devait être suivie d'une séance cinématographique. Le film, dans notre propagande d'hygiène, a tenu une très large place. Il n'existe pas, nous semble-t-il, de meilleur moyen d'attraction et d'éducation. Les instituteurs surtout ont appris l'emploi de cet instrument nouveau, et ils sont maintenant bien convaincus de sa valeur. C'est ainsi que **794** films furent prêtés, sur demandes, par la Mission pendant 1921 et 1922, la plupart destinés à des instituteurs et à des professeurs qui avaient assisté à nos conférences.

Beaucoup des films employés par la Mission ont été produits en France. Les premiers films français nous furent offerts gracieusement.

Plusieurs autres furent importés d'Amérique mais deux drames, l'un sur la tuberculose, l'autre sur l'hygiène de l'enfant, avaient été spécialement tournés en France pour la Mission, et inspirés par elle.

Nous avons une série de 28 films différents en plusieurs exemplaires. La totalité des **150** films de la Mission fut donnée au Comité National à la fin de 1922. Ils sont divisés en quatre grandes catégories :

- 1° La Tuberculose en général ;
- 2° Les Etablissements antituberculeux ;
- 3° L'hygiène générale ;
- 4° La puériculture.

Ces films peuvent maintenant être obtenus du Comité National de Défense contre la Tuberculose (66 bis, rue Notre-

Dame-des-Champs, Paris), à des prix modiques, couvrant simplement les frais de transport, et de réparation des films.

La liste suivante donne une idée du matériel considérable de cette propagande cinématographique :

I. — FILMS SUR LA TUBERCULOSE EN GÉNÉRAL.

a) *La tuberculose, sa cause et ses lésions* (25 minutes) (1). — Vulgarisation scientifique des ravages des bacilles Koch dans les poumons. Circulation du sang. Colonie de bacilles; destruction des microbes par les phagocytes.

b) *Traitement de la tuberculose externe* (15 minutes). — En Italie, traitement par l'héliothérapie.

c) *La tuberculose parmi les pauvres* (15 minutes).

Le paysan abandonne la campagne pour rechercher dans la ville un travail plus rémunérateur. Les conditions de vie dans son nouveau milieu ruinent sa santé. Il devient tuberculeux. On le suit chez le médecin, au dispensaire, à l'hôpital, au sanatorium.

d) *Jinks*, film américain (20 minutes). Dessins animés. Une famille de bacilles élit résidence dans les poumons de M. Jinks. M. Jinks se défend par une vie saine et des soins appropriés.

e) *Quelques statistiques sur la tuberculose* (10 minutes); mortalité dans les différentes villes et professions; comparaison avec d'autres maladies.

f) *La force de la vie* (1 heure). Drame édité par la Mission Rockefeller. Un employé de Paris contracte la maladie dans sa famille et par manque d'exercice et de grand air. Il retourne dans son pays natal, en Corse, où il retrouve la santé grâce à la vie au grand air. Il revient à Paris, se marie et vit hygiéniquement.

II. — LES ÉTABLISSEMENTS ANTITUBERCULEUX.

a) *La vie au sanatorium de Bligny* (20 minutes), film descriptif de la cure et des divers services du sanatorium.

b) *Le dispensaire Léon Bourgeois, à Paris, et le rôle de la visiteuse d'hygiène* (15 minutes), un dispensaire modèle; le travail de la visiteuse d'hygiène dans une famille.

c) *Le sanatorium marin de Roscoff* (20 minutes), le traitement des enfants atteints de tuberculose osseuse ou glandulaire.

d) *Un sanatorium populaire en Italie* (15 minutes).

(1) Durée de la projection du film.



FIG. 39

- 1. LE WAGON DE LUTIE COUVERTE ET TOURNANTE.
- 2. LE STAND ANTITUBERCULEUX DE LA MISSION ROCKEFELLER A L'EXPOSITION D'HYGIENE, INSTITUT PASTEUR, OMBRE 1910.

III. — HYGIÈNE GÉNÉRALE.

a) *Les soins du corps* (15 minutes). — L'usage de l'eau et du savon par un petit garçon. — Soins des dents.

b) *Lavez-vous les mains* (15 minutes). — 6 petites scènes démontrant les mauvaises habitudes : Ne pas donner du lait non bouilli aux enfants. — Ne pas mouiller son doigt pour tourner les pages d'un livre. — Le danger des mouches. — Une mère tuberculeuse embrassant son enfant. — Dessins animés comiques.

c) *Ne crachez pas à terre* (20 minutes). — Six petites scènes montrant la propagation de la tuberculose par le crachat, le lait contaminé, les ongles en deuil. — Dessins animés comiques.

d) *La mouche comique* (12 minutes). — Dessins animés.

e) *La mouche bleue* (15 minutes). — Film scientifique sur la vie de la mouche et ses dangers.

f) *La mouche commune* (15 minutes). — La vie de la mouche. — son anatomie.

g) *Le danger des mouches* (15 minutes).

h) *Une dent propre ne se carie jamais* (18 minutes). — La nécessité de la brosse à dents. — Examen périodique de la bouche. — Comment soigner les dents.

i) *Le moustique* (12 minutes). Sa vie et ses habitudes.

j) *La laiterie de M. Schiftless*, film américain (20 minutes). — Le voyage du lait, depuis sa source jusqu'au biberon du bébé. — Mauvaises et bonnes conditions de la laiterie et du transport. — Etudes microscopiques.

IV. — POUR LA SANTÉ DES ENFANTS.

a) *Comment soigner les tout-petits* (20 minutes). — L'allaitement maternel, le bain, les soins.

b) *L'allaitement maternel* (20 minutes). — Pourquoi les mères doivent nourrir. — Comparaison des enfants nourris au sein et de ceux nourris au biberon — Comment préparer les biberons.

c) *Une crèche en Angleterre* (20 minutes). — Fonctionnement de la crèche.

d) *La vie du bébé pendant un jour* (20 minutes).

e) *Des bébés plus sains* (20 minutes). — Bonnes et mauvaises méthodes des soins du bébé.

f) *Les droits de l'enfance* (1 h. 15). — Préparé par la Mission Rockefeller. — Drame en quatre parties. — La vie d'un enfant bien soigné et bien élevé comparée à celle d'un autre mal soigné.

UNE BROCHURE QUI CONNUT UN GRAND SUCCÈS !



NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA TUBERCULOSE

La Tuberculose est une maladie très répandue et parfois mortelle causée par des microbes vivants, viables seulement à l'aide de poisons microscopiques et qui attaquent plus particulièrement les poumons.

Elle se transmet d'une personne à une autre, mais n'est pas héréditaire. De plus, elle peut être évitée chez les personnes affaiblies, tandis que les tempéraments forts et sans leur restent victorieusement. Peu nombreux au début de la maladie, ils se multiplient rapidement et se chiffrent par millions dans les cas graves.

Les microbes se propagent rapidement que les tempéraments forts et sans leur restent victorieusement. Peu nombreux au début de la maladie, ils se multiplient rapidement et se chiffrent par millions dans les cas graves.

Les tuberculeux propagent ces microbes par leurs crachats ou par des gouttelettes de salive lorsqu'ils toussent ou éternuent.

PREMIERS SYMPTÔMES

Les premiers symptômes de la tuberculose, qui peuvent être reconnus par tous, sont principalement :

- | | |
|---|---|
| La Toux et l'Expectoration persistantes ; | La Faiblesse injustifiée ; |
| La Transpiration pendant la nuit | La Fièvre dans l'après-midi ou le soir. |
| Les Crachats de sang ; | Les Douleurs persistantes à la poitrine |
| Les Rhumes fréquents et tenaces ; | |
| La Faiblesse et l'anéantissement ; | |



QUE VOUS AYEZ LES POUMONS FAIBLES OU FORTS

PROFITEZ DU GRAND AIR. Le grand air prévient la maladie ; la lumière et la chaleur solaires tuent les microbes. Profitez autant que possible du plein air, ou tout au moins ayez très souvent les locaux que vous habitez et dormez la nuit avec la fenêtre ouverte. Mais et surtout, efforcez-vous de faire au grand air quelques aspirations profondes en respirant par le nez et non par la bouche.

Évitez les lieux et lieux publics fumeurs, ruelles et surpeuplés.

Fig. 60. — UN TRACT DE PROPAGANDE.

Un des nombreux tracts illustrés, publiés par la Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France, dans la campagne de propagande éducative qu'elle mena de 1918 à 1923.

UNE BROCHURE QUI CONNUT UN GRAND SUCCÈS !

SOYEZ PROPRE Tenez votre maison aussi propre que possible. Lorsque vous sortez, nettoyez la porte de votre appartement. Prenez tous les jours une douche avec une éponge savonnée d'une bonne lessive et au moins une fois par semaine un bain avec de l'eau chaude et du savon.

MANGEZ BIEN Mangez le mieux possible, une nourriture saine, bien composée d'aliments bien choisis. Évitez les mets indigestes, les légumes et les fruits trop acides, tels que l'oignon, les conserves vinaigrées, les pommes vertes. Mangez modérément de la viande. Utilisez largement des laitages, du beurre, des aliments sucrés, des fruits cuis. Ne mangez pas trop, car la suralimentation est dangereuse. Ne buvez ni apéritif, ni liqueurs. N'abusez pas du tabac.



REPOSEZ-VOUS Menez une existence régulière et rangée; ne vous surmenez pas et évitez toute fatigue inutile. Dormez au moins huit heures par nuit.



Ne buvez ni apéritifs, ni liqueurs.

PRINCIPALES RÈGLES DE BONNE HYGIÈNE

L'AIR frais est aussi nécessaire à l'organisme que les aliments. Le poussier, la saleté, l'obscurité et l'air vicié favorisent le développement de la tuberculose. Évitez-les.

NE CRACHEZ JAMAIS PAR TERRE, les crachats des tuberculeux contiennent des microbes qui, une fois desséchés, sont respirés par les personnes saines.

LAVEZ-VOUS avant de vous mettre à table et mettez-vous des objets que vous portez à votre bouche et sur lesquels la salive des autres a pu se poser. Lavez vos dents tous les matins et tous les soirs.

PORTÉZ VOTRE TOUTERIE DEVANT VOUS



Évitez cela

Pour épousseter, n'employez jamais de plumoux qui soulevent les poussières et les tiennent en suspension dans les pièces, faites usage au contraire, de linges humides.

CE QU'IL FAUT FAIRE

Si vous avez un rhume, ne laissez pas attendre à attendre pas qu'il soit trop tard pour consulter votre docteur.

SI VOUS ÊTES TUBERCULEUX, N'HÉSITEZ PAS À VOUS FAIRE SOIGNER PAR VOS CRACHATS

Soyez propres, soignez-vous, prenez quelques précautions: ainsi vous éviterez de propager votre maladie. Tout le monde peut être plus ou moins tuberculeux sans le savoir, parfois la maladie se déclare pas lorsque la constitution est assez forte pour résister au mal.



Ridder vos crachats.



Les ravages de la tuberculose comparés à ceux des autres maladies.

DE DÉCÈS PAR 100.000 HABITANTS POUR L'ANNÉE 1913.

D'APRÈS les statistiques officielles les plus récentes, QUATRE MILLIONS de Français sont condamnés à mort de la TUBERCULOSE, si vous ne réagissez pas.



Fig. 61. — UN TRACT DE PROPAGANDE (suite).

Un des nombreux tracts illustrés employés par la Mission Rockefeller en France. Ces tracts étaient largement distribués parmi le public venant aux conférences de la Mission.

— Le dispensaire pour enfants. — La visiteuse d'enfants. — Bonnes habitudes.

Propagande par les imprimés

Les publications et les divers imprimés que la Mission Rockefeller a répandus en France ont trouvé partout le plus grand succès. Car, il faut bien reconnaître que jusqu'ici l'hygiène était assez peu enseignée. Dans les écoles françaises, les livres qui existaient sur ce sujet, souvent ennuyeux, ne le présentaient guère de façon attrayante. L'on ne tablait point sur ce goût naturel des Français, adultes et enfants, pour la lecture des livres, des brochures, des affiches et des images. Il nous parut évident que jamais ces questions de tuberculose, de mortalité infantile, d'hygiène générale n'avaient été traitées d'une façon aussi intéressante, aussi bien adaptée aux différentes catégories du public, ni les ouvrages sur le sujet, distribués avec autant de profusion.

La Commission Américaine inonda les départements dont elle avait entrepris l'éducation hygiénique, de la plus grande variété de tracts, cartes postales, petits libellés, plus suggestifs les uns que les autres, et dont la collection est vraiment très précieuse. Nous en donnons ici de nombreuses reproductions.

LES AFFICHES

Plusieurs millions de personnes ont certainement vu les affiches frappantes de la Mission Américaine, apposées jusque dans les moindres villages et dans presque toutes les mairies et toutes les écoles de France. L'affiche qui prophétisait si bien la victoire, dès 1917, « *L'Aigle boche sera vaincu* », et celle montrant l'image du Serpent étouffé par un poing vengeur : « *Il faut vaincre la Tuberculose comme le plus malfaisant des reptiles* », resteront dans la mémoire de beaucoup de gens.

Les affiches publiées par la Commission Rockefeller sont les suivantes :

a) *Combâtez la Tuberculose* par Rapêno. — Grand format 120 x 80 avec 15 illustrations en 3 couleurs. C'est la grande affiche d'éducation populaire pour les adultes, montrant comment la tuberculose se propage, comment on peut l'éviter; les alliés et les ennemis de la tuberculose.

b) « *L'Aigle boche sera vaincu, la Tuberculose doit l'être* »



Fig. 62. — BREST : AFFICHAGE DANS LA RUE.

Les annonces des conférences populaires étaient encadrées par les grandes affiches du « Serpent » et de « l'Aigle », frappant l'imagination.

aussi » par Dorival, affiche de 1917, qui servit à attirer les masses et qui prophétisait la victoire.

c) *L'Affiche du Serpent*, par Dorival. — Grande affiche, format 82 x 1 m. 20; suggestive et toujours placée à côté des affiches annonçant nos conférences.

d) « *Suivez ces conseils et vous vivrez longtemps* » (format 80 x 60). — Publiée pour les écoles notamment et exposant les principales règles d'hygiène en 8 tableaux.

e) Série de *petites affiches d'intérieur*, dessinées par Upjohn, format 24 x 47 et joliment coloriées :

- a) « La santé comme la fortune vient en dormant la fenêtre ouverte. »
- b) « La visiteuse d'hygiène chasse la maladie et apporte la santé. »
- c) « Le terrain de jeux, c'est la santé des enfants. »
- d) « L'école de plein air fortifie l'enfant débile. »

f) *La visiteuse d'hygiène*. — Belle affiche, 80 x 60. — « La visiteuse est l'auxiliaire des médecins dans la croisade contre la tuberculose. Soutenez-la. »

g) « Ayez confiance, le bon air et les bons soins vous rendront la santé. » — Grande affiche de Raemakers, publiée surtout pour favoriser la campagne faite en faveur des sanatoriums.

Les équipes ambulantes, pendant 1918 et 1919, circulaient à la fois pour la *Mission Américaine de Préservation contre la Tuberculose* et pour le *Bureau des Enfants, de la Croix-Rouge Américaine*. — Les affiches suivantes furent posées partout, dans la campagne entreprise contre la mortalité infantile :

- h) « Sauvez votre bébé, la mort le guette. »
- i) « Surveillez les bébés par l'allaitement maternel. »
- j) « Les revendications des bébés. »

Des réductions de ces diverses affiches furent publiées sous forme de *buvarde*, ainsi qu'un buvard spécial pour les écoles intitulé « *Les commandements de la santé* » et contenant les conseils suivants :

« Je m'engage à essayer :

- 1° de respirer de l'air frais partout où je travaille et où je joue;
- 2° de rester au grand air autant que possible;
- 3° de dormir les fenêtres ouvertes;
- 4° de respirer par le nez;
- 5° de prendre un bain au moins une fois par semaine;
- 6° de conserver mes vêtements propres et bien tenus;
- 7° de me tenir toujours droit à l'école;
- 8° de ne salir ni ma classe ni ma maison;
- 9° de me brosser les dents surtout le soir avant d'aller me coucher;
- 10° de ne pas cracher à terre;
- 11° de ne pas porter à la bouche les objets sur lesquels la salive des autres a pu se poser;
- 12° de me laver les mains avant les repas et en sortant des W. C.

Lisez-les tous les jours jusqu'à ce que vous les sachiez par cœur et apprenez-les à vos camarades. »

LES BROCHURES, TRACTS, CARTES POSTALES

Ce genre d'imprimés fut publié pour répondre aux nécessités de diverses classes de personnes et de malades :



Fig. 63. — LA PROPAGANDE ÉDUCATIVE DANS LES ÉCOLES.
UNE AFFICHE FORT APPRÉCIÉE.

1. — « *Combattez la tuberculose.* » — Brochure illustrée pour distribution au grand public.

2. — « *Conseils aux tuberculeux* », pour les hôpitaux, sanatoriums et dispensaires.

3. — « *Principes d'hygiène* ». — Belle brochure de 30 pages d'illustrations en couleurs sur l'hygiène générale: tuberculose, mortalité infantile, alcoolisme. Cette brochure eut un succès tel qu'elle fut traduite en 24 langues par les soins de la Fondation Rockefeller. Ce petit livre est affectueusement dédié à tous les Français. Que

Fig. 64.

La Mission fit le plus grand effort pour favoriser l'enseignement de l'hygiène dans toutes les écoles, pour les petits et pour les grands, et agrémenter cet enseignement de causeries illustrées par le cinéma et par la distribution de cartes postales telles que celles montrées ici. Plus de 15 millions d'imprimés de toutes sortes furent ainsi répandus à travers le pays.

La double-croix est l'insigne international de la lutte contre la tuberculose.

chacun d'eux, après l'avoir parcouru retienne quelques-uns des principes qu'il contient, qu'il s'efforce de les appliquer afin de sauvegarder la santé et la vie de ses concitoyens, et il aura contribué à la prospérité du pays.

4. — « *Pourquoi soigner vos dents* ». — Brochure de 10 pages pour les enfants.

5. — « *Aux enfants de France* ». — Belle brochure de 20 pages, illustrée spécialement pour les enfants, sur la tuberculose.

6. — Conférence sur la tuberculose, par le Professeur Emile Sergent.

7. — Conférence sur la tuberculose, par le D^r Paul Cantonnet.

Plusieurs séries de *cartes postales* furent imprimées en très grand nombre, reproduisant les grandes et les petites affiches ou des séries de conseils d'hygiène générale. L'une des cartes postales intitulée « le bon soleil » : « J'ai du bon soleil dans ma chambrette... », avec une chansonnette sur l'air de « J'ai du bon tabac », fut vivement appréciée des enfants des écoles qui l'ont fredonnée au midi, au nord, à l'est et à l'ouest de la France.

UN BULLETIN POPULAIRE

Outre l'action intensive par la Presse, la Mission attacha une grande importance à la création et à la diffusion de périodiques spéciaux. Ainsi, pour mieux faire connaître l'organisme central qui allait continuer l'action engagée par elle, la Mission Rockefeller contribua largement aux frais d'impression et de distribution du *Bulletin du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, organe médico-social de ce Comité.

Mais la nécessité d'un *bulletin populaire* qui continuerait la propagande d'hygiène si bien commencée apparut clairement à nos yeux, dès 1919. Il existe aux Etats-Unis, en plus des revues scientifiques sur la tuberculose, un organe populaire, « *Journal de la Vie au Grand Air* », publié par l'Association Nationale Américaine contre la Tuberculose, et nombre de bulletins populaires édités par les Comités Antituberculeux des divers Etats de l'Union.

Ce ne fut cependant qu'en 1922, que cette idée fut admise ; et que lorsque notre Bureau de propagande fut transféré au



Fig. 65.

Grande affiche murale de la Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en 1918. Cette affiche a été reproduite en cartes postales et en bu-

Comité National, un fonds spécial fut réservé par la Mission Américaine, et permit l'éclosion d'un organe de propagande populaire : « La Vie Saine ». Ce bulletin, fort attrayant, a obtenu le plus grand succès, comme organe populaire du Comité National. En le créant, on a répondu à un véritable besoin.

LE TIMBRE ANTITUBERCULEUX

Nous essayâmes également d'engager le Comité National à entreprendre la campagne du timbre de Noël, « Christmas

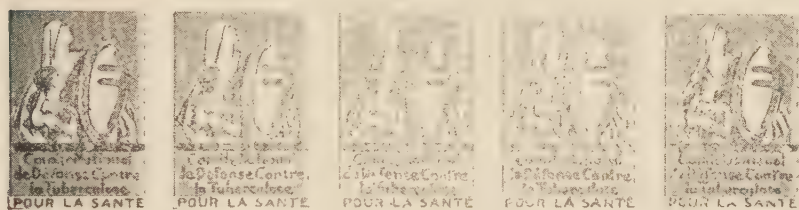


Fig. 66. — LA VIGNETTE DU TIMBRE FRANÇAIS ANTITUBERCULEUX QUI VA ÊTRE LANCÉ.

Seal », telle qu'elle se fait aux Etats-Unis. Vendu un sou au profit de l'Association Nationale et de ses filiales approuvées dans les différents Etats, le « Christmas Seal » rapporte près de **4 millions** de dollars, chaque année, à la lutte contre la tuberculose. L'Association Nationale Américaine contre la Tuberculose, laquelle fournit non seulement ses techniciens, pour le lancement et la préparation de la campagne, mais aussi le matériel : affiches, imprimés de publicité, et les timbres, touche un pourcentage minime de 5 % sur le produit net de la vente. Ce léger pourcentage constitue, néanmoins, un revenu annuel d'environ **200.000** dollars !

Un stock de **deux millions** d'exemplaires du timbre de Noël, spécialement imprimé pour la France, par la Mission Rockefeller, fut légué au Comité National.

En dépit de l'opposition faite, au début, par certaines personnes, à cette idée du timbre antituberculeux, difficultés

inhérentes dans toutes les entreprises et dans toutes les nations, nous croyons à la victoire du timbre de Noël, en France. La vente du timbre n'est pas seulement appréciable par son rendement financier, mais aussi par la publicité très efficace qu'elle fait autour de l'idée. Nous restons convaincus que, bien organisée, cette vente réussirait en France, comme elle a réussi aux Etats-Unis et dans les Pays scandinaves, à condition naturellement que le Comité National intéresse les Comités départementaux, en leur attribuant un très important pourcentage sur les recettes faites dans leur rayon.

Création d'un organisme central de propagande

Achevons en disant qu'en mars 1922, sous l'initiative et avec l'aide de la Mission Rockefeller, un *bureau de propagande* fut créé au Comité National sous l'égide d'un Comité spécial de patronage. Les personnalités suivantes composèrent ce Comité : M. Louis Forest, président ; membres : MM. Eugène Mirabaud, André Michelin, Maurice Lazard, Robert Schreiber, Lepel-Cointet.

D^r A. Bruno, directeur ; M. Lucien Viborel, directeur-adjoint.

Dès 1921 aussi, et en prévision du transfert du Bureau de Propagande au Comité National, la distribution des imprimés et des films en province n'avait plus été faite que par l'intermédiaire des Comités départementaux. Un certain nombre de départements constituèrent un comité de propagande et souscrivirent dans leur budget un crédit spécial destiné à continuer l'œuvre d'éducation populaire dans leur rayon d'action. La Seine, l'Oise, le Finistère furent parmi les premiers à prendre entièrement à leur compte les dépenses de propagande.

Soucieuse d'augmenter les ressources nécessaires au Comité National Français, pour poursuivre l'œuvre de propagande, la Mission Rockefeller lui légua tout son matériel, y compris un camion, l'appareillage cinématographique, **150** films, et plus de **15 millions** de brochures, tracts et affiches. Un fonds suf-

fisant pour une propagande réduite, pendant trois années, lui fut, en outre offert, et le personnel spécialisé qui avait collaboré, dès la première heure, avec la Mission Américaine fut transféré au Comité National.

Nous tenons à rappeler ici les noms du personnel français et américain qui forma les cinq équipes ambulantes et qui contribua, tant par son dévouement que par un long et dur travail, au succès de cette vaste campagne nationale :

Directrices des Equipes

Miss M. Peak.
Miss Napier Ford.
Mrs. Sullivan.
Miss Chapotel.
Miss Haines.
Miss Suydam.
Mrs. Grannis.
Miss. Sarah B. Seidler.
Miss Jessie Peck.
M^{me} Y. Liard.
M^{me} Van Brunt.
Miss Perdreau.
Miss H. Porter.
Commandant Roger.
M. Flamand.

Conférenciers

M. Antignat.
M. Destouches.
M. Jean Blaize.
M. Emile Deniau.
M. Charles Fuster.
Commandant Heurtebise.
Comte de Croze.
M. Mario Prax.

Conférencières

M^{me} Marseau.
M^{me} Miraben.

M^{me} Nésius.
M^{lle} Villain.
M^{lle} Paule Paget.
M^{lle} Fontaine.
M^{me} La Mazière.

Démonstratrices

Miss Buck.
Miss Osterkamp.
M^{me} Fournol (expositions).

Courriers

M. Albert Milon.
M. De Langhe (Louis).
M. De Langhe (fils) (Pascal).
M. R.-M. Desprès.
M. Carlier.
M. Duguet.

Chauffeurs cinématographistes

De Lesseluc de Lérourara.
Henri Daireaoux.
Georges Daireaoux.
M. Desbordes.
M. Rossais.
M. Guy.
M. Philippeau.
M. Lecomte.

Marionnettiste

Henry de Graffigny.



« LE CHAR D'HYGIE »



Fig. 67. — LE CAMION D'UNE ÉQUIPE DE PROPAGANDE.

« La bataille est engagée. C'est l'honneur de la « Rockefeller Foundation » de l'avoir entreprise et de la mener à nos côtés.

Aussi, si vous le croisez sur votre chemin, regardez-le avec sympathie, ce camion d'équipe qui s'en est allé, tout l'été, comme un gros soléop tère brun-roux parmi les moissons mûres et qui traversera cet hiver des routes défoncées, des forêts noyées de pluie ou courbées par la tempête : il est le symbole de l'union de deux grands peuples dans une œuvre d'entraide, de dévouement et d'espoir; et saluez : c'est le vainqueur de la tuberculose qui passe ! » (1)

(1) Mme Gabrielle Miraben, dans « *Le Char d'Hygie* », Revue hebdomadaire, 16 octobre 1920.

CHAPITRE VIII

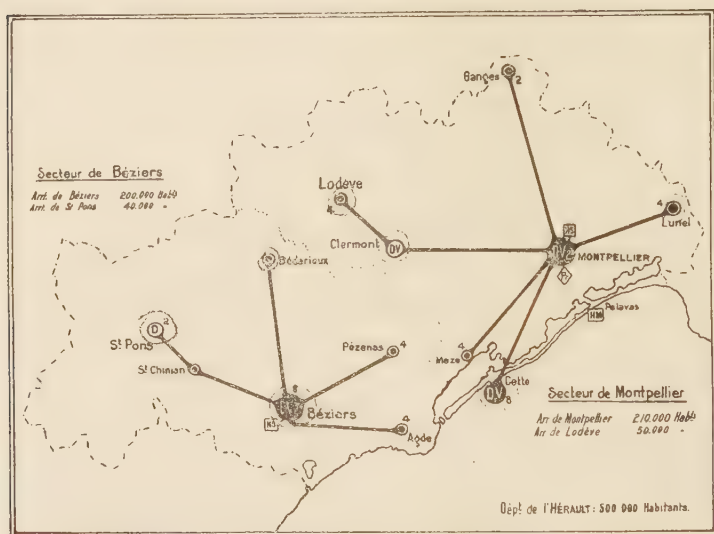


L'ŒUVRE D'ORGANISATION DANS LES DÉPARTEMENTS

HISTORIQUE ET GENÈSE. — PLAN GÉNÉRAL D'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE. — RÉSULTATS OBTENUS. — PROGRÈS DANS L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX. — LÉGISLATION ANTITUBERCULEUSE. — STATUTS, RÈGLEMENTS ET PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DES COMITÉS ET DES DISPENSAIRES.

Notre première tâche à notre arrivée, en 1917, fut de nous documenter sur place, par de nombreux voyages, au sujet des organisations existantes, de leurs méthodes et de leurs résultats. Nous avons eu la satisfaction de constater l'effort fait par certains comités départementaux, par certaines œuvres privées et par des inspecteurs d'hygiène. Le département de la Loire, par exemple, présentait l'ensemble d'une défense qui, de prime abord, semblait parfaite, mais où, par la suite, se révélèrent de nombreuses faiblesses ; ce fut de même pour le Lot et la Haute-Vienne. Nantes avait un office central coordonnant bien toutes les œuvres, mais rien d'autre n'existait dans le département. Des villes comme Paris, Lyon, Toulouse, Cahors, Limoges, l'arrondissement de Morlaix, possédaient des dispensaires ; il y en avait **22** dans toute la France, en fonctionnement ; néanmoins, beaucoup d'entre eux étaient des cliniques de consultations plutôt que des instruments de

SCHEMA D'ORGANISATION DES DISPENSAIRES DANS LE DÉPT. DE L'HÉRAULT.



MISSION AMÉRICAINE DE PRÉSERVATION CONTRE LA TUBERCULOSE EN FRANCE
 (Bureau de l'Organisation Départementale)

LÉGENDE

- HV Dispensaire Central complètement équipé, Rayons X et Laryngologie, Laboratoire et Visiteuse d'Hygiène
- DV Dispensaire Secondaire avec Visiteuse d'Hygiène
- C Centre de Consultation par Médecin spécialisé accompagné d'une Visiteuse d'Hygiène (Service Rural)
- 4 Nombre de visites par mois par le Médecin spécialisé
- HS Sanatorium P Préventorium MM Sanatorium Marin

Fig. 17.

Le rendement des dispensaires de l'Hérault est probablement le plus élevé de France; il est dû à l'excellent service médical, constitué par 3 médecins spécialisés en matière de tuberculose, donnant tout leur temps et ne faisant pas de clientèle privée. (Voir les tableaux n° 16 et n° 17, pages 394 et 429.)

LA PARFAITE ORGANISATION D'UN SERVICE PUBLIC DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET CONTRE LA TUBERCULOSE.

Département de l'Hérault : population 500.000 habitants.

Nombre total de décès (1922)	9.061
Décès par tuberculose (1922)	869
Nombre estimé de tuberculeux vivants	4.375
Nombre de tuberculeux connus par le Fichier Central (Décembre 1923)	1.631
Nombre de tuberculeux connus par les dispensaires (1923)	2.660
Estimation du rendement de l'organisation	61 %

Le schéma d'organisation montré ici (fig. 77) et un plan départemental complet furent présentés au Préfet de l'Hérault, en octobre 1920, à la suite d'une étude de nos délégués, sur place. Une somme de 77.200 francs fut offerte pour amorcer sa réalisation, ainsi que toutes les fiches et fichiers nécessaires, et des bourses d'études pour les candidates visiteuses et les médecins désirant se spécialiser.

Un *Office départemental* autonome fut créé par délibération du Conseil général, en octobre 1920, mais un seul dispensaire fonctionnait alors dans le département.

Le plan proposé divisait le département en 2 secteurs (voir carte) : Le secteur I comprenait les deux arrondissements de MONTPELLIER et de LODÈVE, avec 3 dispensaires principaux et 4 centres de consultations rurales; 1 médecin spécialisé devait assurer le service rural. Les chiffres près des villes, sur la carte, indiquent le nombre de consultations par mois. Le secteur II, de BÉZIERS, comprenait 2 dispensaires principaux et 5 centres de consultations rurales; 1 médecin spécialisé assurerait le service médical. Une visiteuse en chef, 5 visiteuses attachées aux dispensaires et 3 visiteuses volantes, attachées au service rural, assureraient le service social. Les moyens de transport pour assurer le service rural étant calculés, en partie, par automobile, en partie par chemin de fer.

Des *comités locaux de patronage* devaient être constitués, partout où fonctionnerait un dispensaire ou un centre de consultation.

Un hôpital-sanatorium, un sanatorium de cure, deux préventori-ums et un laboratoire central devaient être créés.

Ce programme fut réalisé. Le département de l'Hérault est un modèle d'organisation de service public départemental; cette organisation est surtout caractérisée par ses 3 *médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle*, assurant le service contre la tuberculose, et travaillant avec une coordination parfaite avec l'ensemble des services départementaux d'hygiène dirigés par 1 *directeur* et 6 *médecins inspecteurs d'hygiène*, donnant tout leur temps. Chacun de ces 6 médecins hygiénistes a une circonscription déterminée dans laquelle il assure l'inspection des écoles, le service de désinfection, le contrôle sanitaire des villes et des communes, l'organisation contre les maladies transmissibles, la surveillance générale de l'hygiène.

Les services contre la tuberculose et l'ensemble des services d'hygiène constituent une dépense annuelle de 526.000 francs, soit 1 franc par tête d'habitant, dont 225.000 francs incombent au service antituberculeux avec ses 3 médecins, 10 visiteuses et 9 dispensaires. Le Conseil général de ce département a donné un bel exemple en couvrant tous ces frais, annuellement.

prophylaxie que doivent être les vrais dispensaires. Des sanatoriums parfaits comme ceux de Bligny, d'Hauteville, existaient mais en nombre tellement insuffisant !

Il y avait surtout ces organisations de guerre dessinées sur le plan admirable et plein de prévoyance de M. Jules Brisac, Directeur de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur, aidé du Docteur Léon Bernard, c'est-à-dire les hôpitaux et les stations sanitaires pour les militaires et les réformés tuberculeux, les comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, dont seul un petit nombre fonctionnait bien et beaucoup, d'une manière très insuffisante. Le Ministère de l'Intérieur avait invité les préfets à créer ces comités d'assistance, le 21 mars 1916, et en juillet 1917, presque tous les départements avaient formé un comité. Le problème était en effet urgent, car les réformés tuberculeux rentraient chez eux et, sans surveillance, ils pouvaient contaminer leur foyer. Mais rapidement formés, sans dispensaire, sans personnel technique spécialement entraîné, ces comités groupaient les bonnes volontés ; ils faisaient souvent de leur mieux, mais c'était bien insuffisant. En se mettant en rapport avec ces comités départementaux et leurs sous-comités dans les arrondissements, l'on constatait vite qu'ils étaient surtout des comités « d'assistance » et non des comités de défense anti-tuberculeuse. On y distribuait bien des crachoirs, on aidait les réformés tuberculeux par certains conseils, par des secours alimentaires ou autres, mais c'était tout. Œuvre de guerre, le Comité délaissait presque totalement la population civile, les femmes et les enfants, et même pour les réformés, la surveillance prophylactique était minime. Ne négligeons pas de dire pourtant que le Comité National d'Assistance aux Militaires Tuberculeux, constitué en 1916, faisait un effort réel, et que nous collaborâmes avec lui de la manière la plus cordiale dès la première heure.

Nous eûmes bientôt l'impression que dans bon nombre d'endroits en France, on commençait à s'intéresser à la tuberculose.

Nous trouvions comme appoints, un gouvernement centralisé, la faculté de réceptivité et l'intelligence ouverte de la race française, de nombreuses institutions créées pour les soldats réformés et tuberculeux, enfin les énergies spontanées nécessaires agissant un peu partout. L'occasion parut unique de saisir l'opinion publique et d'organiser un plan de lutte antituberculeuse qui diminuerait la mortalité en France et pourrait même servir d'exemple à d'autres pays.

La Mission Américaine comprit donc que l'occasion était favorable et c'est pourquoi, dès les premiers mois de 1918, elle décida de ne pas limiter son action aux deux terrains d'expérience de Paris et de l'Eure-et-Loir, mais, de concert avec la Croix-Rouge Américaine, d'étendre l'aide américaine aux différentes parties de la France. Depuis le début, l'activité de la Croix-Rouge Américaine s'était tournée expressément dans la direction des secours, de l'assistance individuelle et hospitalière, et vers le développement des institutions de traitement de la tuberculose. Celle de la Commission Américaine Rockefeller, au contraire, devait consister surtout à faire une enquête détaillée dans un certain nombre de départements afin de recommander un programme de lutte que les organisations françaises et les comités existant ou à créer, pouvaient commencer à réaliser, d'abord par le système de dépistage que constituent les dispensaires antituberculeux et leurs infirmières visiteuses d'hygiène. Comme son nom l'indiquait, la Mission Américaine était essentiellement une « Commission de préservation contre la tuberculose en France ».

La Croix-Rouge Américaine distribuait à travers le pays, des subventions importantes, à de nombreuses institutions, mais sans avoir établi préalablement ni plan d'ensemble, ni programme départemental complet. En vue d'une répartition plus rationnelle de ces importantes subventions et d'une plus étroite coordination entre la Croix-Rouge Américaine et la Mission Rockefeller, le Dr Livingston Farrand, alors directeur de cette dernière, fut nommé, en janvier 1918, directeur exécu-

tif du Bureau de la Tuberculose de la Croix-Rouge Américaine.

A partir de cette date, un plan d'ensemble de défense



Fig. 70.

Réception de la Mission Rockefeller et de la Croix-Rouge Américaine (Bureau des Enfants) à l'Hôtel-de-Ville de Rennes, devant le monument de l'Union de la Bretagne à la France, le dimanche 10 mars 1918.

Au milieu, M. Janvier, maire de Rennes; à sa droite, le Dr Livingstone Farrand, à sa gauche, M. Julliard, préfet d'Ille-et-Vilaine.

L'œuvre d'organisation départementale de la Mission Américaine débuta par la Bretagne à cette date.

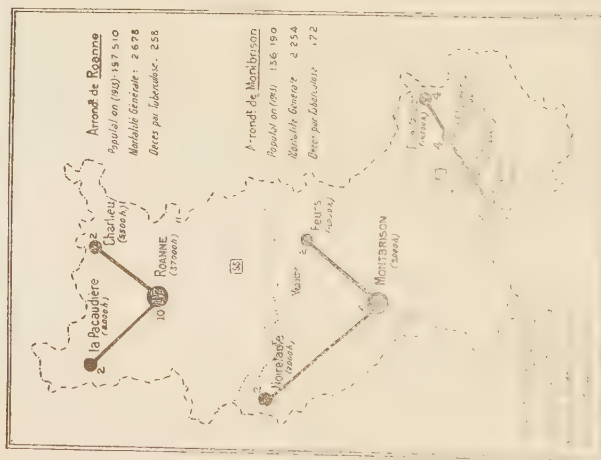
antituberculeuse, sur une base permanente, fut élaboré et appliqué immédiatement, dans les départements subventionnés.

La Commission Rockefeller désirait en outre entrer dans la voie d'une organisation départementale type, différente de

celle de l'Eure-et-Loir, c'est-à-dire dirigée, dès le début, par un comité français permanent qui assumerait, sous la haute surveillance et avec l'aide de la Mission Américaine, toute la responsabilité financière et administrative de l'organisation qu'elle aurait créée dans le département. Cela impliquerait naturellement différentes modes de réalisation dans les divers départements. En suggérant un programme, en aidant financièrement à la création des établissements et en suivant étroitement le travail qu'elle suscitait, la Mission cherchait un plan départemental qui serait plus efficace encore, plus solide, plus économique surtout que celui de l'Eure-et-Loir organisé et dirigé entièrement par elle, et qui pourrait être plus généralement appliqué dans le pays.

Enfin, il fallait répondre à un grand nombre d'appels venus de différents départements qui désiraient s'organiser contre la maladie. C'est ainsi que le D^r Bruno, alors secrétaire de la Mission Rockefeller, fut désigné à titre de conseiller pour collaborer avec M. Frank Wing, de la Croix-Rouge Américaine, dans tous les projets d'organisation que cette dernière se proposait de réaliser en province. Ils devaient poursuivre ensemble les enquêtes dans les départements, choisir des personnalités françaises responsables dans les nombreuses localités où les dispensaires étaient nécessaires, constituer ou refondre les comités locaux et enfin proposer les subventions à donner par la Croix-Rouge Américaine et par la Mission Rockefeller, car lorsque celle-ci décidait de mettre en exécution un programme antituberculeux dans un département, elle amorçait son accomplissement par des dons importants. Pour ces diverses raisons, un *Bureau d'organisation départementale* fut constitué au début de 1918, et fonctionna pendant un an conjointement avec la Croix-Rouge Américaine, et ensuite jusqu'au 1^{er} janvier 1923, comme une division spéciale de la Mission Rockefeller, sous la direction du D^r Alexandre Bruno.

SCHEMA D'ORGANISATION DES DISPENSAIRES DANS LE DEPT DE LA LOIRE



3. Secteurs : St Etienne, Roanne, Montbrison
 3. Dispensaires centraux possédant Laryngologie, Laboratoire, Rayons X, etc.
 7. Dispensaires secondaires
 7. Médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle
 1. Médecin Inspecteur Départemental
 8. Visiteuses d'Hygiène
 1. Visiteuse Inspectrice Départementale
 44. Consultations par mois dans tous les Dispensaires
-
- Sanatorium Départemental à Chazelles
 Station Sanitaire à St Jodard
 Préventorium à Yverges
 1 dispensaire à Neauche (territoire) avec 2 consultations par semaine

LEGENDE

- Dispensaire central avec 12 ou 14 lits et 25 ou 30 consultations
- Dispensaire secondaire
- Dispensaire de jour
- Dispensaire de nuit
- Dispensaire de jour et de nuit
- Dispensaire de jour et de nuit et de nuit

(D'après le Service de l'Hygiène Publique et la Prévention des Maladies en France)

Fig. 78.

Fig. 78

L'ORGANISATION ANTITUBERCULEUSE
DANS LE DÉPARTEMENT DE LA LOIRE.

Population : 637.130 habitants.

Nombre total de décès (1922)	11.119
Décès par tuberculose (1919)	1.189
Nombre estimé de tuberculeux vivants	6.235
Tuberculeux connus par les dispensaires (1923) (1)	101
Estimation du rendement de l'organisation	1,6 %

Le schéma de l'organisation antituberculeuse ci-dessus, fut proposé au Préfet de la Loire, par le Bureau d'organisation départementale en avril 1921, avec la promesse d'une aide financière pour le réaliser, à la condition d'une réorganisation complète, de la constitution d'un Office Départemental d'Hygiène Sociale et d'un Comité de propagande et de secours, privé, pour chaque dispensaire.

Jusqu'à cette date, en effet, l'organisation était trop administrative et trop centralisée, l'initiative privée n'y prenait pas part; il n'existait que trois dispensaires, dont un seul bien outillé, et plusieurs consultations pour tuberculose qui ne pouvaient être considérés comme des dispensaires. Il n'existait aucun service social, pas de visiteuses professionnelles diplômées, une méthode et une administration technique insuffisante, pas de système de fiches et de statistique. Cependant le service médical était assuré par 2 médecins, fonctionnaires. La moitié du budget était destinée à des secours et à des placements.

Le plan proposé divisait le département en 3 secteurs, correspondant aux arrondissements, avec 3 dispensaires centraux d'arrondissement, 7 centres de consultations rurales reliées aux dispensaires centraux, 3 médecins spécialisés, 9 visiteuses d'hygiène dont 1 visiteuse en chef (voir carte). Les petits chiffres, près des villes, indiquent le nombre de consultations par mois.

Les dispensaires ne devaient plus employer que des infirmières visiteuses diplômées; ils devaient utiliser le système uniforme de fiches et fichiers, et les règles générales médico-sociales pour la marche des dispensaires. Les médecins devaient suivre à Paris, des cours de perfectionnement. Tous les dispensaires devaient être complètement outillés.

Ce programme de réorganisation a été exécuté avec le plus grand bien pour le rendement du service des dispensaires. En effet, pendant l'année 1924, les dispensaires ont suivi — tuberculeux, contre 101 en 1923.

(1) Un seul dispensaire, celui de Saint-Chamond, envoyait un rapport mensuel de son travail; l'analyse porte donc sur ce seul dispensaire : 101 tuberculeux suivis en 1923, 172, en 1924.

Méthode générale d'organisation

Il nous paraît indispensable d'entrer dans le détail du travail d'organisation qui comprenait trois phases : d'abord, celle des études et des enquêtes préliminaires dans un département donné ; ensuite la période même d'organisation des établissements nécessaires ainsi que la création des divers comités qui les géreraient ; enfin la tâche de « follow-up work », c'est-à-dire de surveillance, d'inspection et de collaboration continue avec les comités et les institutions créés.

Une fois les études terminées dans un département, nous constituions le Comité départemental et les comités locaux. Un *programme complet antituberculeux* était préparé avec des statuts, des règlements intérieurs, des plans architecturaux et deux projets de budget pour les divers comités : l'un pour les frais de premier établissement des différents services, l'autre pour les frais de fonctionnement. Ensuite, si le Comité existant, ou celui constitué par nous, semblait donner les garanties de durée voulues, et promettait de faire l'effort financier nécessaire, une proposition de subvention était soumise à la Mission Américaine. Comme on le verra plus loin dans le chapitre de « l'Effort Financier », la Mission Rockefeller était toujours heureuse d'aider les départements qui acceptaient d'exécuter le programme antituberculeux soumis, par une subvention qui couvrait généralement tous les frais d'installation des dispensaires et des services techniques, et en outre les frais du personnel spécialisé, médecins, visiteuses d'hygiène, pendant une année. Nous attachions une grande importance à l'effort financier des Conseils généraux, promettant souvent une donation égale à la somme qu'ils auraient eux-mêmes votée. Cette méthode réussissait presque toujours.

La préférence fut donnée, au début, aux départements où un effort se manifestait et où la mortalité par tuberculose était très élevée. C'est pour cette raison, en particulier, que notre

champ d'action s'est étendu d'abord à tous les départements de Bretagne : nous avons, en effet, commencé par organiser l'Ille-et-Vilaine et le Finistère, puis les Côtes-du-Nord et le Morbihan. Nous passons ensuite aux départements qui avaient été visités par les équipes ambulantes de notre Bureau de propagande et où, par conséquent, l'opinion publique était préparée à recevoir la proposition d'un programme anti-tuberculeux complet. De plus, nous essayons de choisir un ou deux départements dans différentes régions de France, afin de faire des centres de démonstration dans ces régions. Les noms des départements subventionnés et l'année de leur organisation sont indiqués sur les cartes de France, aux pages...

En commençant dans un département, notre méthode générale consistait à nous mettre en relation avec les préfets et les membres influents du comité départemental existant ainsi qu'avec les maires des différentes villes, les membres des commissions des hospices, les sociétés de Croix-Rouge Françaises, les industriels, le corps enseignant, le clergé et toutes les personnes que le sujet de la tuberculose avait déjà intéressées. Là, où nous trouvions le Comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux organisé, bien dirigé, et désireux d'élargir son programme en étendant son action à la population civile, d'augmenter le nombre de ses membres et d'amener dans son sein des représentants des divers groupements et œuvres nécessaires à la lutte, désireux aussi de comprendre dans sa commission exécutive les délégués des différents comités d'arrondissements et comités locaux du département, nous choisissons alors ce comité pour réaliser le programme proposé.

Souvent aussi, cela nous a paru impossible ou inopportun ; d'où nécessité de créer de toutes pièces un nouveau comité départemental et des comités locaux qui travailleraient toujours en liaison avec les diverses autorités départementales. Nous donnerons comme exemple, que dans l'Ille-et-Vilaine, notre organisation départementale se créa autour du comité

existant, élargi, mais il nous a fallu créer les comités d'arrondissements, tandis que dans les Côtes-du-Nord, un comité entièrement nouveau dut être organisé, et ce nouveau comité désigné pour constituer, dans chaque arrondissement, un ou plusieurs comités locaux de dispensaires, qui devaient s'affilier à lui. Dans le Finistère, méthode différente : là, nous avons commencé par l'organisation d'un comité local dans chacune des villes ou régions où nous désirions installer un dispensaire, et tous ces comités locaux furent ensuite fédérés en une association départementale englobant l'ancien comité des militaires tuberculeux.

Dans la Loire-Inférieure, nous comptons sur un Office central privé, existant depuis plusieurs années et qui agissait comme une fédération d'œuvres de bienfaisance, publiques et privées. Nous projetions d'étendre l'action de cet Office à tout le département, et de lui amener des représentants de tous les arrondissements et de grandes villes comme Saint-Nazaire et Paimbœuf où l'on prévoyait la création de comités locaux et de dispensaires.

Dans le département de la Manche, nous devions agir par l'intermédiaire d'une commission consultative spécialement nommée par le conseil général. Dans la Seine-Inférieure, notre travail se poursuivait au début, entièrement par les soins du service départemental d'hygiène.

L'on déduira de ces exemples que nous ne pouvions évidemment pas suivre une règle déterminée et uniforme pour tous les départements. Nous prenions les situations locales telles qu'elles se trouvaient, avec l'idée de former un ensemble qui répondrait aux besoins particuliers et qui engloberait toutes les influences, tous les partis, tous les concours possibles. Cela se traduisait le plus souvent par la constitution d'un Comité antituberculeux, type d'association privée selon la loi de 1901, le moins souvent par un service ou Office public départemental, ou encore par une combinaison de ces deux formules. Dans ces conditions, il était possible d'obtenir une certaine garantie de direction et de continuité pour ce que nous allions

construire ou créer. Notre grand souci fut toujours d'utiliser toutes les compétences, de maintenir la cohésion des gens et des institutions existantes, de coordonner les efforts de l'initiative privée et des services publics, et d'en faire, dans chaque département, l'armature solide d'une organisation durable, avec des statuts, des règlements intérieurs rédigés selon notre expérience, mais aussi en conformité avec les principes administratifs et la législation française.

Le Plan d'organisation départementale antituberculeuse

Depuis des années en France, des initiatives clairessemées avaient déjà entrepris la lutte antituberculeuse, mais il a fallu la guerre pour éclairer dans sa vraie lumière le péril croissant et montrer que les efforts faits jusqu'à ce jour pour le combattre, quelque généreux qu'ils fussent, restaient inefficaces, et menaçaient de demeurer à jamais stériles s'ils n'étaient canalisés, coordonnés et systématisés.

Des dispensaires et des sanatoriums existaient donc mais en nombre restreint, des œuvres isolées travaillaient, mais sans directives communes, ni liens entre elles. Cependant, le fléau menaçant toute la société, c'est à la société entière à pourvoir à sa propre protection.

Un premier pas fut fait avec le vote de la loi Léon Bourgeois (1916) qui indiquait comment devaient se créer les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Renforcée par la circulaire ministérielle du 31 juillet 1917, cette loi s'efforçait de stimuler à la fois les pouvoirs publics et les institutions privées, mais bien qu'en son dernier article, elle rendît obligatoire, dans certains cas, la création de dispensaires, elle demeurait pratiquement inopérante.

La loi sur les sanatoriums du 7 septembre 1919, dite loi Honnorat suivie du décret du 10 août 1920, vint ajouter une nouvelle pierre à l'organisme de défense, et réglementa la créa-

•

tion et le fonctionnement de ces institutions. Et des individualités officielles ou particulières accomplirent, de côté et d'autre, des progrès qui distançaient parfois la réglementation existante; néanmoins, la défense antituberculeuse dans son ensemble, tant au point de vue national que sous son aspect départemental et local, n'avait pas encore été envisagée par aucun législateur, bien que les quelques progrès que nous venons de signaler rendissent une réglementation indispensable.

Nous tentons d'indiquer ici les grandes lignes d'une organisation départementale applicable en France, dont le plan général et le programme ont été élaborés dès 1918, à la Commission Rockefeller, par les Docteurs James Alexander Miller, Linsly R. Williams, B.-L. Wyatt et Alexandre Bruno. Il a été basé sur l'expérience acquise en Amérique, depuis vingt ans, en même temps qu'au cours de l'organisation départementale que nous dirigeons en France depuis 1917.

Il y a deux manières de poser le problème de la défense contre la tuberculose.

Le problème à résoudre

1° On peut prévoir la lutte contre les causes prédisposantes qui diminuent la résistance : l'alcool, le taudis, l'insalubrité des locaux de travail et de réunion, l'alimentation insuffisante, la misère sous toutes ses formes, la mauvaise hygiène générale, individuelle ou collective. La nécessité de combattre ces causes ou ces facteurs sociaux ne fait de doute pour personne. Mais elles sont secondaires, elles laissent le but immédiat à atteindre, toujours aussi lointain ! Augmenter la résistance individuelle et l'hygiène générale, formera l'un des principaux articles de tout programme. Mais si nous nous en tenions là, que de milliards à dépenser, que de temps à attendre avant d'obtenir un sérieux résultat.

2° On peut attaquer directement le fléau dans sa cause première, sa cause essentielle, seule responsable de la propagation de l'infection tuberculeuse : *la contagion*. On sait que l'agent pathogène n'existe pas partout : l'ubiquité du bacille de Koch est une notion erronée. L'adulte tuberculeux pulmonaire est habituellement la source principale de la propagation de l'infection, et il serait dangereux d'oublier que la contamination redoutable, c'est la contamination à doses massives, répétées, telle qu'elle peut se produire dans un milieu familial infecté. La contagion familiale est le plus fréquent mode de propagation de la maladie. L'enfant ne naît pas tuberculeux, le rôle de l'hérédité est presque inexistant ; il est infecté par un membre de son entourage qui est tuberculeux, et cela, le plus souvent, pendant la première année de sa vie (1).

Ce n'est que plus tard, que se révèlent les premières manifestations de la maladie, après des intervalles plus ou moins éloignés, fréquemment à l'âge adulte, sous l'influence d'une résistance diminuée ou d'une autre infection surajoutée.

Ceci ouvre la voie à la phase la plus importante, peut-être, de la lutte antituberculeuse, c'est-à-dire prévenir la contamination de l'enfant ; et pour cela, le programme comprendra toute une série de mesures et d'institutions pour assurer la préservation de l'enfance.

D'autre part, l'on connaît suffisamment les modes de transmission de l'infection et les moyens prophylactiques et hygiéniques à mettre en œuvre autour des tuberculeux, pour les rendre inoffensifs.

Ces données techniques restent acquises et il y a sur ce

(1) 60 % des enfants vivant avec leurs parents tuberculeux développent des lésions tuberculeuses, et 40 % de ceux-ci meurent rapidement de tuberculose avant leurs parents tuberculeux (Armand Delille, loc. cit.).

Dans 94 % des nourrissons tuberculeux de la clientèle hospitalière, les circonstances de l'infection ont été établies. L'infection provenait d'un membre de la famille. (Nobécourt, Acad. de Médecine, 8 juillet 1924.)

POUR VOUS PRÉSERVER DE LA TUBERCULOSE,



La tuberculose ne doit pas vous effrayer

Parce que :

La tuberculose **n'est pas héréditaire**.

La tuberculose est contagieuse, donc

La tuberculose **peut être évitée**.

La tuberculose **est guérissable** ; plus le mal est pris au début, plus les chances de guérison sont grandes.

La tuberculose **n'est pas une maladie** dont on doit se cacher.

Parce qu'enfin, connaître sa maladie, c'est déjà un peu la combattre.

..

La lutte contre la tuberculose ne doit pas dégénérer en lutte contre le tuberculeux.

Pour vous préserver de la tuberculose

Il faut que vous sachiez :

QUE l'alcool est l'ennemi de la santé, mine les forces et favorise la tuberculose.

QUE la propreté du corps est nécessaire à la santé.

QUE la poussière, la malpropreté, les logements obscurs et mal aérés propagent la maladie et surtout la tuberculose.

QUE le grand air et le soleil, le repos et une alimentation bien comprise vous guériront plus sûrement que les drogues.

QUE le crachat contient des microbes de maladies et que cracher partout propage la tuberculose.

QUE vous devez veiller à ce que les enfants ne se servent pas d'objets sur lesquels la salive des autres a pu se porter.

TROIS INSTITUTIONS

COMBATTRE LA TUBERCULOSE

1° Le Dispensaire qui joue un rôle :

Rôle médical :
général :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle social :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle éducatif :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de surveillance :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de contrôle :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de conseil :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de suivi :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de soutien :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de coordination :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de liaison :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de médiation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de facilitation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de conseil :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de soutien :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de coordination :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de liaison :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de médiation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de facilitation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de conseil :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de soutien :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de coordination :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de liaison :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de médiation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de facilitation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de conseil :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de soutien :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de coordination :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de liaison :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de médiation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de facilitation :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de conseil :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de soutien :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Rôle de coordination :
veille à la santé des habitants
prévient les maladies
ou à l'école.

Fig. 73. — LA PROPAGANDE POUR L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE.

Type de tract populaire distribué parmi le public adulte venant aux conférences publiques données par la Mission Américaine (1.250.000 personnes), pour répandre les notions essentielles de préservation et d'organisation.

point, maintenant, unanimité de vues parmi les savants et les sociologues. Une méthode en découle qui s'appuie sur les bases solides de la prophylaxie et qui fait que si nous suivions ces doctrines, nous ne bâtirions pas sur le sable. Elle s'est montrée efficace en France même et dans d'autres pays. Elle a fait baisser la mortalité de **60** % dans l'état de New-York, de plus de **50** % dans l'ensemble des Etats-Unis, depuis l'année 1900.

Appliquée rigoureusement et sans dévier du but, elle ne comporte pas de dépenses impossibles, étant donné surtout que ces dépenses sont compensées par une importante économie de vies humaines.

Le Programme proposé

Et voici, en considérant cet aspect de la question, c'est-à-dire en entamant *la lutte contre la contagion*, le programme complet qui avait été élaboré, et dont les éléments importants pouvaient être acceptés dans les divers départements où nous désirions organiser la lutte antituberculeuse. Il devait comprendre essentiellement :

I. *Une chaîne d'institutions et d'établissements de dépistage, de traitement et de préservation fonctionnant d'une manière coordonnée.*

II. *Une organisation administrative dans le cadre départemental.*

I. — LES INSTITUTIONS ET LES ÉTABLISSEMENTS

1° *Un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse complet* sera installé au chef-lieu de chaque arrondissement et dans d'autres centres régionaux comprenant un laboratoire d'analyses, un service de radiographie et une installation complète d'oto-rhino-laryngologie. Dans les grands arrondissements, il doit y avoir au moins un dispen-

saire pour chaque groupe de 25.000 habitants, leur situation dépendant de l'emplacement des marchés ou des centres de jonction de chemins de fer. Dans tous les cas, un territoire bien déterminé est assigné à chaque dispensaire afin que tout le département soit fouillé et surveillé, et que la responsabilité de la prophylaxie dans une région donnée, reste bien placée et nettement déterminée. Ces dispensaires se tiennent en relations constantes avec toutes les organisations de l'hygiène publique et de l'hygiène sociale, dans leur circonscription, et constituent l'instrument principal de dépistage et d'éducation.

2° Dans les arrondissements, il sera organisé, autant que possible, un *service rural de dépistage* avec l'outillage nécessaire pour faire un diagnostic précoce de la maladie. Celui-ci est prévu sous la forme de *consultations ambulantes périodiques* faites dans les petits villages par voie d'automobile, suivant un itinéraire fixé d'avance; ou bien, constitué par un certain nombre de petits *centres ruraux d'examen médical*, établis d'une façon permanente dans des endroits déterminés, et dont le fonctionnement sera assuré par le personnel technique du dispensaire d'arrondissement, ou par une *équipe volante*, médecin et visiteuses, spécialement affectée à ce travail.

3° Un *laboratoire départemental* installé dans les petits départements; un laboratoire par arrondissement pour les grands, et dans les cas où il y aurait plusieurs laboratoires pour assurer le service d'examen des crachats et des analyses des dispensaires, une surveillance spéciale de ces laboratoires serait faite par l'inspecteur départemental d'hygiène ou un médecin spécialement nommé à cet effet.

4° Des *pavillons spéciaux ou des salles d'isolement* dans les *hôpitaux*, pour les tuberculeux plus gravement atteints, desservant chaque arrondissement et disposant, pour commencer, d'un nombre minimum de lits, égal à la moitié de la moyenne annuelle des décès par tuberculose dans l'arrondissement pendant les cinq dernières années. Si la place manquait pour installer ces services spéciaux dans les bâtiments exis-

tants, des baraquements pourraient être utilisés temporairement sur le terrain de l'hôpital.

Car il faut insister sur ce point essentiel : des pavillons et des salles d'isolement dans un hôpital général sont indispensables au succès de la lutte, rien ne contribuera mieux à la préservation de la famille contre la contagion.

Destinées aux malades en observation et à ceux plus gravement atteints, en période de poussée aiguë ou en période terminale de la maladie, mais qui, les uns et les autres, ne peuvent être soignés convenablement chez eux ou qui ne s'y trouvent pas surveillés d'une façon assez sérieuse et prolongée pour empêcher la contagion dans la famille ; ces institutions sont de toute urgence et de première nécessité. Si on ne peut les placer dans les villes, on les situera au moins, le plus près possible des grosses agglomérations où fonctionnent les dispensaires. La question du climat passe ici au second plan, mais la proximité du domicile particulier des malades est, au contraire, à rechercher pour rendre plus faciles les visites des familles. Ces services hospitaliers seront en liaison constante avec les dispensaires des quartiers desservis par l'hôpital, et un « *service social* », sorte de comité auxiliaire, pourvu d'assistantes sociales, y sera organisé, dans les grandes villes, pour aider les familles des malades.

La durée du séjour de ces malades ne devra pas dépendre du budget de l'institution mais se mesurer au temps nécessaire pour améliorer leur état et pour les isoler tant qu'ils seront contagieux. Le tuberculeux, avancé et contagieux, présentera ainsi beaucoup moins de danger de contamination que chez lui, et la protection de la population tout entière sera ainsi réalisée plus effectivement. D'autre part, si l'alimentation, fournie dans ces services, est soignée et appropriée, les malades y resteront volontiers tout le temps nécessaire.

Le nombre de ces lits spécialisés, dans les hôpitaux, doit être égal au nombre de décès annuels par tuberculose dans la circonscription. Par conséquent, un département de **125.000** habitants et d'une mortalité annuelle par tuberculose

de 2 pour 1.000 (la moyenne en France est de 2,13 pour 1.000) aura théoriquement besoin de **250** lits spécialisés pour les tuberculeux dans les hôpitaux. Néanmoins, l'expérience a prouvé que la moitié de ce chiffre était suffisant au début d'une organisation antituberculeuse; et dans un département de **250.000** habitants ayant **4** arrondissements, il faudrait envisager, au début d'un programme, **15** lits pour les hommes et **15** lits pour les femmes dans chaque arrondissement.

L'on peut prévoir aussi l'isolement des tuberculeux et l'hospitalisation de toutes les catégories de malades, y compris les cas en observation, dans les hôpitaux spéciaux, situés à la campagne, mais à proximité des agglomérations importantes, et désignés comme hôpitaux de tuberculeux ou *hôpitaux-sanatoriums*.

5° *Un sanatorium départemental ou inter-départemental* pour tuberculeux pulmonaires, ouvert aux cas curables, tuberculeux de début, encore susceptibles de guérison ou d'arrêt d'évolution de la lésion, et pour lequel, parfois, sans constructions neuves, il serait loisible de prendre des bâtiments déjà existants, vu l'urgence de la situation.

Théoriquement, la construction d'un sanatorium s'impose pour une population qui s'élève au moins à 500.000 habitants et il doit y avoir de disponibles autant de lits que de décès annuels. Mais la preuve est faite que le nombre de malades dépistés et pouvant ou désirant bénéficier du sanatorium ne dépasse pas 1/10 de ce chiffre, au début d'une campagne antituberculeuse. Le bon fonctionnement économique d'un sanatorium demande au moins **100** lits, ce qui revient à dire que pour **500.000** habitants, avec une mortalité par tuberculose de 2 pour 1.000 (moyenne de la France 2,13), théoriquement **1.000** lits s'imposent, mais **100** suffiront au début.

Les sanatoriums ne recevront que les cas pour lesquels ne fait pas de doute un espoir raisonnable de cure ou d'amélioration durable de la maladie. Point n'est besoin d'édifier tous les sanatoriums dans des situations climatiques réputées, tout en observant, cependant, une position favorable au point

de vue de l'exposition, de l'ensoleillement, de la protection contre les vents et de l'absence d'humidité. Ces institutions étant surtout destinées à faire suivre une cure d'air et de repos, d'hygiène diététique, et à éduquer les malades sur les soins à prendre dans leur état, à part de rares exceptions, il est possible d'aménager des sanatoriums dans presque tous les départements de France et certainement dans toutes les régions. Mais cela n'enlève pas la nécessité pour un pays d'avoir un certain nombre de lits de sanatorium, en moyenne et en grande altitude car la qualité de l'air, l'intensité et la durée d'insolation en hiver et l'effet tonique de l'altitude sont des avantages réels au point de vue de la cure.

6° *Un sanatorium ou hôpital régional ou inter-départemental pour la tuberculose osseuse articulaire et ganglionnaire*, sera envisagé également, notamment pour les enfants. La fréquence de ces lésions, que nous rencontrons partout en province parmi les enfants et les jeunes adultes, démontrait clairement la contamination dès le jeune âge, contamination provoquée au foyer par un malade inconnu, ignorant ou négligent. Ces établissements seront installés dans des climats appropriés, au bord de la mer ou à la haute altitude, où l'héliothérapie sera favorablement pratiquée.

Il faudra toujours prévoir, dans chaque centre sanatorial, que ce soit pour les pulmonaires ou pour les osseux, une section pour enfants, à moins qu'une organisation ou une région donnée crée un sanatorium uniquement destiné aux enfants. Nous avons constaté l'insuffisance notoire de lits de sanatorium pour enfants tuberculeux pulmonaires.

Le problème de la réadaptation au travail et de la recherche d'emplois pour les malades sortant des sanatoriums de cure appartiendra en premier lieu aux dispensaires qui les prendront en charge et au comité antituberculeux de la région. Mais il faut tendre de plus en plus, comme il a été fait en Angleterre et aux Etats-Unis, à installer des ateliers et prévoir des occupations diverses au sanatorium même, ou bien d'organiser l'établissement de cure et d'après-cure sous la

forme d'un village-sanatorium, comme à Papworth, en Angleterre ou à Saranac Lake, Etats-Unis (1). Une rééducation professionnelle pour les malades ne pouvant reprendre leur ancienne occupation pourra aussi être organisée sous une forme industrielle et commerciale, dans des écoles ou colonies spéciales, voire même dans des ateliers en ville, installés spécialement, comme il en existe à New-York.

7° Le « *day camp* » ou *cure d'air-externat* est désirable pour les malades placés sous la surveillance du dispensaire mais que retient chez eux quelque raison accessoire ou quelque complication domestique.

Organisées pour les adultes aussi bien que pour les enfants externes, et créées à côté des dispensaires ou des hôpitaux, ces cures d'air permettront d'attendre l'établissement des institutions sanatoriales permanentes.

De plus, ces « *day camp* », situés en ville, affiliés au dispensaire d'hygiène sociale, parfois même installés comme annexes sur le terrain du dispensaire, s'ouvriraient aux malades qui y passeraient 8 heures par jour, de 9 heures du matin à 5 heures du soir. Ils y suivraient le même traitement qu'au sanatorium, y seraient surveillés de la même façon, surtout au point de vue repos, alimentation, et exercice; ils y recevraient une éducation complète au point de vue des habitudes d'hygiène.

L'emploi du « *day camp* », combiné avec la surveillance à domicile par les infirmières-visiteuses, résoud un problème difficile pour cette catégorie de malades obligés de rester chez eux, et donne souvent les résultats les plus satisfaisants. Un exemple parfait de « *day camp* » est celui de Porsemer, à Morlaix, créé en 1917 par M^{me} Post.

(1) En France, un village-sanatorium est actuellement en construction à Passy (Haute-Savoie), 1.200 mètres d'altitude dans un site que nous avons choisi. Ce village sera géré par l'Association des Villages-Sanatoriums de Haute Altitude, 4 rue de Castellane, Paris, association philanthropique reconnue d'utilité publique et fondée par nous, en 1921.



La classe en plein air
forlifie l'enfant débile.

8° *Les établissements et les institutions de préservation de l'enfance* varient selon l'âge des enfants et l'état de leur santé : déjà atteints ou sains.

Il y aura d'abord, pour un ou plusieurs départements, un *préventorium*, proprement dit, destiné au placement collectif d'enfants chétifs, atteints de formes bénignes et latentes de la maladie, non contagieux, présentant fréquemment des adénopathies ou des lésions occultes et des signes généraux d'infection.

Pour l'envoi dans ces *préventoriums*, la préférence sera naturellement donnée aux enfants déjà légèrement atteints et exposés constamment à des surinfections par une personne tuberculeuse de leur famille. Ce sont des enfants souvent qualifiés de « prédisposés ».

En Amérique, au début, on n'admettait que les enfants qui réagissaient à la tuberculine. Aujourd'hui, c'est un diagnostic précis, souvent difficile, qu'il faut établir.

Ces *préventoriums* n'ont pas besoin d'être grands ; il n'est pas nécessaire, par exemple, de les construire ou de les aménager pour 200 lits. Des groupements moins importants sont préférables surtout s'ils sont situés à proximité du domicile de ceux qu'ils doivent abriter, mais à l'air et au soleil. La durée de séjour sera de 3 à 6 mois, les enfants admis n'étant pas gravement atteints. Les petits malades mèneront une vie assez active et le plus possible en plein air ; néanmoins un programme journalier devra être composé pour chaque enfant ou chaque groupe d'enfants, surtout au point de vue du régime hygiéno-diététique, des périodes de repos, et d'exercice, d'une éducation d'hygiène personnelle et d'un endurcissement physique général.

A la fin de la cure, l'enfant amélioré est rendu à sa famille, s'il n'y a plus de danger de contagion dans sa famille ; autrement, il est dirigé sur un centre de placement pour enfants sains.

Ces *préventoriums* s'adressent principalement aux sujets de la seconde enfance, d'âge scolaire, et une certaine instruc-

tion y est généralement donnée. Mais il faut prévoir aussi dans ces établissements, ou ailleurs, une section de *préventorium pour nourrissons* et enfants au-dessous de trois ans, enfants plus ou moins débiles vivant dans un milieu contaminant. Ces derniers, ayant besoin d'une surveillance médicale très suivie, il n'est pas toujours possible, ni désirable, de les envoyer à la campagne, mais au contraire de les placer dans des pouponnières ou des crèches spécialisées, annexées à certains hôpitaux. Cependant ces *préventoriums* pour tout-petits peuvent être organisés auprès d'un centre de placement à la campagne, ce dernier étant dirigé sur place par un médecin spécialisé.

Pour les enfants sains, de parents tuberculeux, vivant dans un milieu infecté, il s'agira de les soustraire à l'infection menaçante, soit en envoyant le membre tuberculeux de la famille dans un hôpital ou dans un sanatorium, soit, si cela n'est pas possible, en éloignant les enfants et en les plaçant dans un milieu sain et favorable.

Il y aura d'abord, le *placement intra-familial*, chez des parents proches, pendant la durée de la menace de contagion. Si cela n'est pas possible, ce sera le *placement familial* de l'enfant sain dans un milieu sain à la campagne, dans des familles de paysans, sous la surveillance du médecin de campagne le plus proche, et selon les principes de l'Œuvre créée par Grancher.

La valeur prophylactique de ce système est absolue et chez les enfants ainsi placés, la maladie ne se développe pas. Il ne semble pas essentiel à la préservation de l'enfant de l'élever hors de sa famille, jusqu'à la fin de l'âge scolaire, mais seulement pendant la durée du danger de contagion. Le cadre familial ne sera ainsi rompu que pendant une période limitée.

Des *filiales de l'Œuvre Grancher* seront organisées dans chaque département ou bien le Comité départemental instituera son propre mode de placement.

Le placement d'enfants sains s'adressera non seulement aux enfants au-dessus de 3 ans, préconisé par l'Œuvre Gran-



Fig. 74.

(en haut). UNE CLASSE AÉRÉE AUX ETATS-UNIS.

(en bas). UNE CAUSERIE ILLUSTRÉE SUR L'HYGIÈNE.

Les enfants reconnus débiles au cours des fréquentes inspections scolaires et les enfants en contact avec un tuberculeux, sont sélectionnés, et leur enseignement est fait suivant les règles d'Hygiène les plus sévères. Il existe, dans la ville de New-York seulement, plus de **130** classes de plein air, sur les toits, ou des classes aérées, fenêtres largement ouvertes.

Des causeries régulières sur l'hygiène, dans toutes les écoles, font partie de l'enseignement usuel.

cher, mais aussi aux nourrissons et aux tout-petits, sous la forme de *centres d'élevage ou de placement familial* surveillés par le médecin et l'infirmière d'un petit dispensaire rural spécialisé.

Depuis de nombreuses années aux Etats-Unis, dans les villes bien organisées, on pratique autant que possible, la séparation du nouveau-né et des tout-petits, de la mère tuberculeuse ou de la famille dont un membre est tuberculeux, avec les résultats les meilleurs. Les enfants, ainsi éloignés dès leur naissance, et élevés, dans une institution appropriée, ne meurent guère plus que les enfants de milieux normaux, non tuberculeux. Mais en Amérique, l'effort a porté principalement à enlever le tuberculeux de chez lui et l'isoler pendant la durée de son état contagieux ou de la cure nécessaire à arrêter l'évolution de sa lésion. On y a donc organisé un très grand nombre de lits dans les hôpitaux et dans les sanatoriums, et par l'isolement des malades, on a réalisé plus effectivement la préservation antituberculeuse, non seulement de l'enfant au foyer, mais de la population en général.

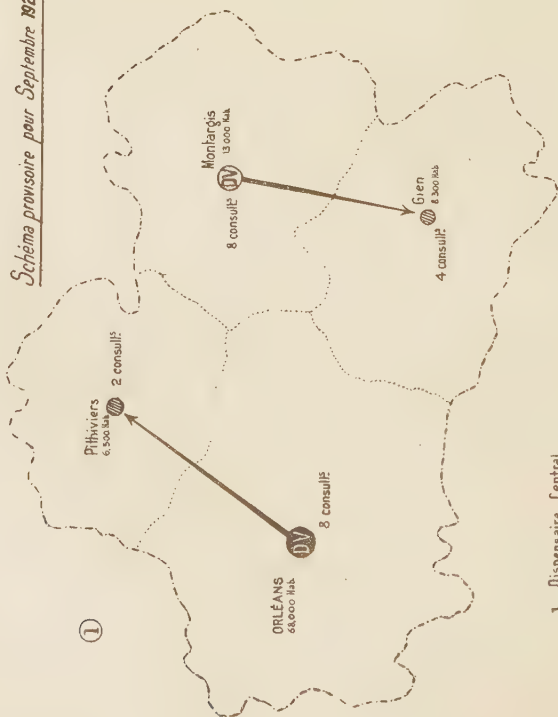
9° *Des classes aérées ou des écoles-externats de plein air* seront organisées pour toute une catégorie d'enfants, mal nourris, d'état général faible, qu'ils appartiennent à des familles tuberculeuses ou non, et dépistés par les efforts combinés de l'inspection médicale scolaire et des organisations antituberculeuses. Tout en surveillant particulièrement l'alimentation et l'hygiène de ces enfants à l'école et dans leur famille, ces classes ou écoles poursuivent un but scolaire, en contraste avec les préventoriuns proprement dits, institutions d'internat, dont le but est surtout médical et prophylactique.

II. — ORGANISATION ADMINISTRATIVE.

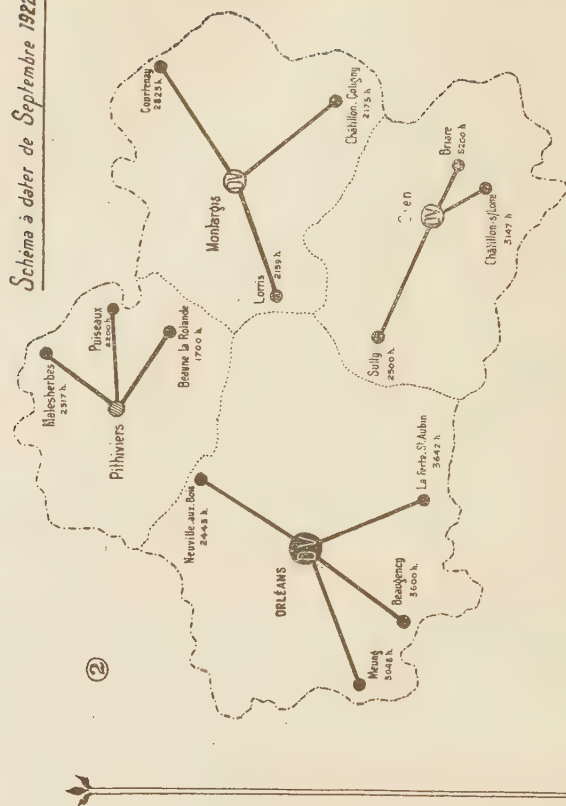
L'organisation complète administrative qui dirigera et poursuivra la lutte dans un département consistera essentiellement en une série de comités coordonnés suivant un plan général de défense et fonctionnant, avec des services médicaux,

SCHEMA D'ORGANISATION DES DISPENSAIRES DANS LE DÉPART. DU LOIRET.

Schema provisoire pour Septembre 1921



Schema à dater de Septembre 1922



LÉGENDE :

- DV Dispensaire Central complètement équipé avec visiteuse d'hygiène.
- DV Dispensaire Secondaire avec visiteuse d'hygiène.
- Dispensaire Local.
- Centre de consultation par un Médecin assisté d'une visiteuse d'hygiène.

2 Visiteuses d'Hygiène à Orléans
1 do. do. à Montargis } chargées à tour de rôle
1 do. do. à Gien } du service de Pithiviers.

Fig. 72.

LES DISPENSAIRES DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET

Population : 337.000 habitants.

Nombre total des décès (1922)	5.951
Décès par tuberculose (1921)	552
Nombre estimé de tuberculeux vivants	2.885
Tuberculeux connus par les dispensaires (1923) (1)	502
Estimation du rendement de l'organisation	17,6 %

Avant 1920, l'organisation antituberculeuse dans le Loiret était embryonnaire : un petit sanatorium pour hommes à Chécy, une consultation externe au dispensaire S. B. M., d'Orléans, une Ligue de Défense contre la Tuberculose qui s'occupait surtout du traitement des malades à Chécy, et l'Union Antituberculeuse du Loiret, fondée en 1919; pas de dispensaire spécialisé, pas d'infirmière visiteuse d'hygiène, pas d'isolement hospitalier, pas d'inspection départementale d'hygiène.

Après le passage d'une équipe de propagande, en septembre 1920, et des délégués d'organisation, la Mission Rockefeller proposa au Préfet du département, un plan départemental et le *schéma d'organisation des dispensaires*, montré ici, et réalisable en deux étapes; l'un pour septembre 1921, avec 4 dispensaires, 4 centres de consultations rurales, 1 médecin spécialisé et 2 visiteuses professionnelles; l'autre étape, réalisable en septembre 1922, avec 4 dispensaires principaux, 13 centres ruraux de consultations, 2 médecins spécialisés, 4 visiteuses.

Une somme de 60.000 francs fut donnée pour amorcer ce programme, et le Conseil général n'hésita pas à voter une subvention annuelle de 80.000 francs. La Mission Américaine couvrit aussi le traitement de la visiteuse-chef, offrit des bourses d'études pour les visiteuses et les médecins.

L'organisation départementale du Loiret a été faite sous le type d'un Office départemental, qui est une Association privée déclarée, mais dont les membres sont nommés par le Préfet, et le budget entier couvert par le Conseil général, c'est-à-dire un type combiné d'association privée et de service départemental.

(1) Le rendement des dispensaires du Loiret a été analysé aux tableaux n° 17 et n° 16, pages 431 et 395. On y remarquera que le nombre de tuberculeux connus par les dispensaires a augmenté de 502, en 1923, à 777, en 1924. Le rendement de l'organisation a donc augmenté de 17,6 % à 26,8 %.

spécialisés selon un programme et une méthode uniforme, suivant des statuts et des règlements dont les types sont exposés en détail plus loin.

1° *Un Comité antituberculeux départemental* sera constitué dans le département. L'organisation de ce comité central pourra se faire sous la forme d'une *association privée*, déclarée selon la loi de 1901 sur les associations, ou bien sous la forme d'un Office public établi par décret, ou encore sous la forme d'un *service public départemental*, émanation du Conseil général et des services d'hygiène et d'assistance du département; dans ce dernier cas, un Comité ou Conseil de surveillance plus ou moins grand, et choisi en dehors de l'administration, lui serait adjoint.

Quelle que soit la formule d'organisation, le Comité, l'Office ou l'Association aura l'appui entier du Conseil général et revêtra un caractère bien représentatif, non prosélytique. Il fera appel à tous les concours et comprendra obligatoirement un délégué de chaque « Comité local » de dispensaire, deux délégués de chaque « Comité d'arrondissement »; dans les grands départements, le préfet, l'inspecteur d'Hygiène, l'inspecteur d'Académie, des membres du Conseil général, des délégués des divers services et œuvres d'Hygiène et d'Assistance, telles que Commission des hospices, Croix-Rouge, Sociétés de Secours Mutuels, Syndicats médicaux.

Cet organisme central aura un Comité exécutif, un bureau permanent et un directeur ou un secrétaire permanent, salarié. Il serait avantageux de lui adjoindre un grand Comité de patronage comprenant toutes les personnes pouvant lui apporter un appui matériel ou moral.

Il sera en relation avec le Ministère de l'Hygiène et le Comité National, auxquels il enverra les rapports de son travail et les demandes de subventions sur les fonds votés par le Parlement.

Son organisation administrative intérieure, ses rapports avec les divers pouvoirs et établissements publics, avec les

Comités locaux de dispensaires, son organisation financière sont décrits dans les règlements ci-après.

2° Un « *Comité local* » sera constitué pour chaque dispensaire ou pour un groupe de dispensaires et composé des différentes personnalités de la région desservie par ces dispensaires.

3° Un « *Comité d'arrondissement* » sera organisé là où plusieurs dispensaires fonctionnent dans l'arrondissement. Il sera particulièrement chargé du *service rural* de l'arrondissement et de la coordination du travail de ses différents dispensaires.

Le « Comité local » de dispensaire ou d'arrondissement peut être constitué sous la forme d'une association privée déclarée, autonome et *affiliée* au Comité départemental ; soit, au contraire, comme une émanation du Comité départemental, sans autonomie ni personnalité, sous la forme d'un sous-Comité ou d'une *Commission locale*, représentant l'organisme central dans une circonscription donnée, et ayant la surveillance du ou des dispensaires de la circonscription.

Dans tous les cas, tous les Comités locaux sont étroitement liés au Comité départemental, tant du côté financier, le Comité départemental répartissant les fonds qu'il reçoit du Conseil général et de l'État, que du côté technique, car certains services sont nécessairement communs à plusieurs dispensaires ou « Comités locaux ». Il en ressort des obligations de part et d'autre, qui sont déterminées dans les règlements ci-après.

D'ailleurs, dans un département donné, notre méthode d'organisation était soit centrifuge, soit centripète, selon les circonstances. La méthode centrifuge consistait à créer d'abord tous les Comités locaux nécessaires, au moins un par arrondissement ou un par dispensaire, et ensuite réunir tous ces Comités locaux en une fédération départementale, les affilier à un Comité central départemental. La méthode centripète consistait à créer le centre d'abord et les Comités locaux ensuite. Mais dans les deux méthodes, nous insistions pour qu'au moins un délégué de chaque Comité local, prît place dans le conseil du Comité central du département.

4° Un « *Comité de propagande et d'aide sociale* », sorte de Comité de patronage, sera annexé au « Comité local » de chaque dispensaire ou de chaque groupe de dispensaires. Le principe américain dans l'organisation financière des œuvres d'hygiène sociale, est de bien séparer l'action et le budget d'hygiène et de prophylaxie, c'est-à-dire l'action technique, de l'action et du budget d'assistance sociale et des secours en nature ou autres. C'est la raison d'être des « *relief committees* », auxquels est confié le travail d'assistance sociale nécessaire auprès des dispensaires, hôpitaux ou autres institutions. Ces Comités ont un budget séparé, et leur personnel est généralement différent; ce sont des *assistantes sociales*, « *social workers* », dont le travail est distinct des *infirmières visiteuses d'hygiène*.

Dans les grandes villes ou dans les grandes organisations du type de service public ou d'office départemental, le Comité local du ou des dispensaires ou l'Administration centrale s'occupera du *fonctionnement technique* qui l'absorbera suffisamment, et ces *Comités de propagande et d'aide sociale*, sortes d'associations privées, agréées ou affiliées, s'occuperont de l'assistance sociale et des secours. C'est un moyen pratique d'intéresser et de mettre en action l'initiative privée autour des services techniques publics, ainsi que de remettre à des bénévoles ou à des personnes de spécialisation limitée, une partie du travail purement social des *visiteuses d'hygiène*.

Dans les petites villes ou dans les départements moins importants, les éléments sont insuffisants souvent pour permettre la création de deux comités séparés pour chaque groupe de dispensaires, « Comité local technique » et « Comité de propagande et d'aide sociale ». Un seul Comité de dispensaire fait la besogne des deux, et une petite sous-commission d'assistance est nommée; l'infirmière visiteuse d'hygiène agit alors comme hygiéniste et comme assistante sociale.

La Mission Rockefeller a organisé avec succès dans certains arrondissements de Paris, et dans certains départements, comme l'Aisne, l'Eure-et-Loir, des « Comités de patronage,

de propagande et d'aide sociale » auprès des Comités techniques des dispensaires, dont le travail était : assistance sociale aux malades et à leur famille, fourniture de vêtements et literie, recherche d'emplois pour anciens malades, propagande financière et éducative.

Un petit règlement concernant ces Comités d'aide sociale est annexé aux statuts ci-après.

5° *Un service médico-technique compétent* sera organisé pour chaque dispensaire ou groupe de dispensaires, et fonctionnera selon des principes exposés dans les règlements intérieurs, mais dont les bases sont énoncées succinctement ici. Le service médical des dispensaires sera compétent, stable et dirigé par des médecins spécialisés en matière de tuberculose. De préférence, le Comité local ou le Comité départemental emploiera le service de *médecins spécialisés, ne faisant pas de clientèle privée*, donnant tout leur temps au service de la lutte, rémunérés en conséquence, et désignés à ce poste par leurs titres antérieurs ou par concours. Un seul médecin sera responsable du fonctionnement général du dispensaire dans une circonscription donnée, et un *service de roulement* de plusieurs ou de tous les médecins de la localité sera absolument interdit. Plusieurs médecins, si nécessaire, pourront aider le médecin chef, au service des consultations, mais alors, ces médecins seront nommés pour une période continue assez longue, et auront leur jour de consultation et leurs malades.

Le dispensaire sera ouvert à tout le monde, pour le dépistage de la maladie et la prophylaxie ; les consultations seront gratuites et accessibles à tous jusqu'au moment de l'établissement du diagnostic. Les cas de tuberculose sont alors classés, et le Comité du dispensaire désignera ceux qui seront suivis entièrement par le dispensaire, et ceux qui seront envoyés à des médecins praticiens de leur choix pour les soins médicaux nécessaires. Il n'y aura pas de consultation payante au dispensaire, mais des contrats peuvent intervenir avec des groupements de bienfaisance, mutuels, industriels, en vue de faciliter le dépistage et la prophylaxie.

Les services de prophylaxie et d'assistance à domicile, d'éducation hygiénique des familles, de placement des malades, seront ouverts à tous les malades, même à ceux soignés en clientèle privée, en accord avec leur médecin particulier.

6° *Un service social de prophylaxie et d'assistance* sera institué dans chaque dispensaire, sous la forme d'un système de visites à domicile et sera exercé par une ou plusieurs *infirmières visiteuses d'hygiène* professionnelles, diplômées d'une Ecole d'infirmières reconnue par la Commission Américaine et par le Comité National, et ayant adopté un programme d'enseignement théorique et pratique, considéré suffisant par un organisme national de contrôle.

Dans une organisation départementale, il y aura au moins une visiteuse d'hygiène par dispensaire, une visiteuse-chef d'arrondissement s'occupant particulièrement de la surveillance sociale et du service rural dans l'arrondissement, une visiteuse inspectrice départementale surveillant le travail social de toutes les visiteuses dans le département. Le rôle, le mode de nomination, fonctions et rétributions des visiteuses d'hygiène sont définis dans les règlements qui suivent.

7° *Un système uniforme de fiches médicales et sociales* sera employé par tous les dispensaires, qui seront obligés d'envoyer un rapport mensuel de leur travail à un organisme central, directeur, distributeur de fonds et centralisateur des statistiques. (Jusqu'en 1923, ces rapports et statistiques furent centralisés à la Commission Rockefeller.)

8° *Un fichier central médical* sera installé dans chaque département, en relation avec l'inspecteur départemental d'hygiène et fonctionnera selon les méthodes exposées précédemment. Ce fichier comblera, dans une légère mesure, les lacunes existant par l'absence de déclaration obligatoire de la tuberculose. Il permettra d'obtenir une statistique de tous les foyers de propagation de la maladie, et de faire suivre par les visiteuses d'hygiène les familles des malades qui ont besoin d'assistance et d'éducation prophylactique. Les dispensaires, les

hôpitaux, les sanatoriums et nombre d'organisations privées et publiques signalent au fichier central la prise en charge, le départ ou le décès des tuberculeux qui leur sont connus.

9° Un *fichier central d'assistance* sera organisé en vue de coordonner les diverses institutions et œuvres charitables, privées et publiques.

En outre, et quoique ne faisant pas partie du programme spécifique que nous aidions à réaliser dans un département au moyen de subventions plus ou moins importantes, nous insistions fermement, et souvent avec succès, pour établir une *inspection médicale scolaire* efficace, faite régulièrement et fréquemment, en vue du dépistage précoce des maladies, en particulier de la tuberculose (un enfant suspect permet ainsi de trouver un foyer contaminant); et créer des postes de *directeurs ou inspecteurs d'hygiène* dans les départements et les villes qui en manquaient.

Le schéma d'organisation administrative que nous venons de tracer est d'ordre départemental. Une organisation administrative centrale et nationale est essentielle à tout plan d'ensemble de défense contre la tuberculose. Il doit y avoir un organisme directeur et centralisateur officiel, et un organisme national privé; leurs attributions sont différentes et l'action de l'un complète celle de l'autre. La coordination des efforts de l'initiative privée, la mise au point des programmes, la création et l'impulsion à donner à des œuvres nouvelles, la propagande financière et éducative sont plus facilement réalisées par un organisme privé. Au contraire, la distribution des fonds de l'Etat, et la surveillance de l'emploi de ces fonds ainsi que du fonctionnement technique des établissements subventionnés, la surveillance et le contrôle des établissements hospitaliers et des institutions d'assistance publique, les statistiques vitales, l'application des lois, appartiennent à un organisme d'Etat. Ainsi, le *Comité National de Défense contre la Tuberculose* aura sa lourde tâche à poursuivre, ses relations à développer toujours plus étroitement avec les Comités départementaux et locaux, et à éduquer le pays; ainsi, le Ministère de

l'Hygiène et d'autres ministères, par un *Bureau Central de la Tuberculose*, auront à diriger et à surveiller officiellement la vaste organisation se confondant tôt ou tard avec l'organisation générale de l'hygiène, de l'assistance et de la protection de la Santé publique.

Formules et règlements adoptés à la Mission Américaine

Le type de Comité ou de dispensaire qui semblait nous offrir les meilleures garanties de durée et de développement était le type de dispensaire, comité ou office « *départemental* ». Mais il est essentiellement *administratif* et il rencontrait de ce fait, une opposition sérieuse de la part de l'initiative privée avec laquelle il était plus rapide d'amorcer la lutte. Il a néanmoins donné, dans les grands départements comme la Seine, la Seine-et-Oise, la Seine-Inférieure, l'Hérault, des réalisations fécondes.

Quoi qu'il en soit, à tort ou à raison, ni le dispensaire public, ni le type administratif d'office départemental n'ont eu les faveurs du grand public. On a préféré de beaucoup, en France, l'association philanthropique privée dont il est fait mention à l'article 9 de la loi. Ce type de « Comité départemental d'hygiène sociale, Association privée » était le plus facilement réalisable en 1918, car l'on pouvait y comprendre toutes les personnalités publiques et privées, intéressées à l'hygiène sociale d'un département, tout en restant sûr de l'appui moral et financier des pouvoirs publics, préfet, conseil général, communes.

Cette forme d'organisation, il faut l'avouer, était celle qui parut la plus séduisante aux Américains, lesquels, en 1917, furent les promoteurs de la campagne antituberculeuse intensive en France. Cela nous parut d'autant plus naturel qu'aux Etats-Unis, l'initiative privée conduit les œuvres sociales jusqu'à ce que l'opinion soit formée. Par la suite, l'Etat ou l'administration publique locale, mieux avertis des résultats ainsi

obtenus, prend des mesures législatives et financières qui mettent ces œuvres et institutions entièrement à leur charge, à

CARTE MONTRANT LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS POSSÉDANT UNE ASSOCIATION
COMITÉ OU OFFICE DÉPARTEMENTAL PERMANENT DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE
au 31 Décembre 1922.



Fig. 76.

La majorité des départements (62) ont préféré s'organiser suivant le type d'une association privée déclarée; 14 départements ont adopté la formule d'un service départemental administratif.

moins que l'initiative privée ne continue à s'exercer, mais alors largement subventionnée.

D'ailleurs au 1^{er} janvier 1923, 60 départements avaient adopté la forme de « Comité départemental, type association privée » selon la loi de 1901 sur les associations.

C'étaient les départements suivants (voir carte de France, fig. 76, p. 212) :

Aube — Belfort (Territ. de) — Bouches-du-Rhône — Calvados — Côtes-du-Nord — Doubs — Drôme — Eure — Gard — Ile-et-Vilaine — Loire-Inférieure — Loir-et-Cher — Marne — Meuse — Morbihan — Nièvre — Nord — Pas-de-Calais — Hautes-Pyrénées — Sarthe — Savoie (Haute) — Somme — Tunis — Vienne — Vienne (Haute) — Hautes-Alpes — Alpes-Maritimes — Ariège — Aveyron — Côte-d'Or — Eure-et-Loir — Finistère — Haute-Garonne — Indre-et-Loire — Isère — Jura — Loiret — Lot — Maine-et-Loire — Mayenne — Oise — Orne — Rhône — Puy-de-Dôme, Haute-Savoie — Saône-et-Loire — Seine-et-Marne — Deux-Sèvres — Vaucluse — Vosges — Gironde — Alsace-Lorraine (3 départements) — Ardennes — Cher — Manche — Basses-Pyrénées — Tarn — Aude.

14 départements ont préféré une organisation semi-officielle, administrative, et se sont constitués en « *Office départemental, service public* » dont la responsabilité financière est couverte entièrement par le Conseil général. Ces départements sont les suivants :

Aisne — Charente — Corse — Hérault — Haute-Marne, — Meurthe-et-Moselle — Savoie — Seine — Seine-Inférieure, — Seine-et-Oise — Loire — Var.

3 départements se sont constitués sous la forme du « *Dispensaire Public* » : Pyrénées-Orientales — Alger — Oran — Dispensaire de Châteaudun — Un des dispensaires de Belfort.

Ces résultats démontrent clairement la nécessité d'une révision de la loi de 1916 dont la formule préférée du « dispensaire public » a été pour ainsi dire entièrement écartée par tout le pays. *La loi de 1916 est, en effet, seulement une loi applicable au dispensaire et non pas une loi d'organisation antituberculeuse générale.* Elle n'avait pas prévu, par exemple, l'organisation départementale complète que nous nous efforçons de créer dans les départements.

Il fallait donc combler cette lacune, temporairement au moins. En attendant une révision de la loi de 1916, ou des décrets spéciaux, ou encore une nouvelle législation concernant le problème entier de la tuberculose, notre Bureau d'organisation départementale se trouva obligé de tracer et de mettre au point un plan et des formules d'organisation administrative départementale.

Ce plan et ces formules furent naturellement étudiées et mises à l'épreuve sur place, de concert avec certains comités départementaux, le Finistère, les Côtes-du-Nord et de nombreux autres que nous organisions, et auprès de qui nous trouvions toujours l'accueil, les conseils et le désir de réaliser nécessaires.

Trois *types de statuts* furent formulés pour répondre au type d'organisation départementale qui semblait le mieux adapté au département, selon l'effort déjà existant, l'attitude des œuvres privées et les prévisions de contribution financière des autorités publiques, en particulier du Conseil général. C'était tantôt des statuts pour une association privée déclarée, tantôt pour un office public départemental, ou encore des statuts pour un comité départemental combinant ces deux types, réunissant les œuvres privées et l'organisme central administratif.

En plus de ces statuts, un type de *règlements intérieurs* fut élaboré. Les règlements, annexés aux statuts, avaient surtout pour but de préciser les relations des divers comités ou commissions de dispensaires entre eux, ainsi que de *poser, pour la première fois, les bases essentielles d'un bon fonctionnement administratif, médical et social des comités antituberculeux*.

De nombreuses questions nous étaient constamment posées à ce sujet par les départements avec lesquels nous collaborions. Nous étions obligés dans beaucoup de cas de réviser les statuts des comités existants et plus souvent encore, de proposer un nouveau texte complet. Les règlements intérieurs relatifs au fonctionnement n'existaient pour ainsi dire nulle

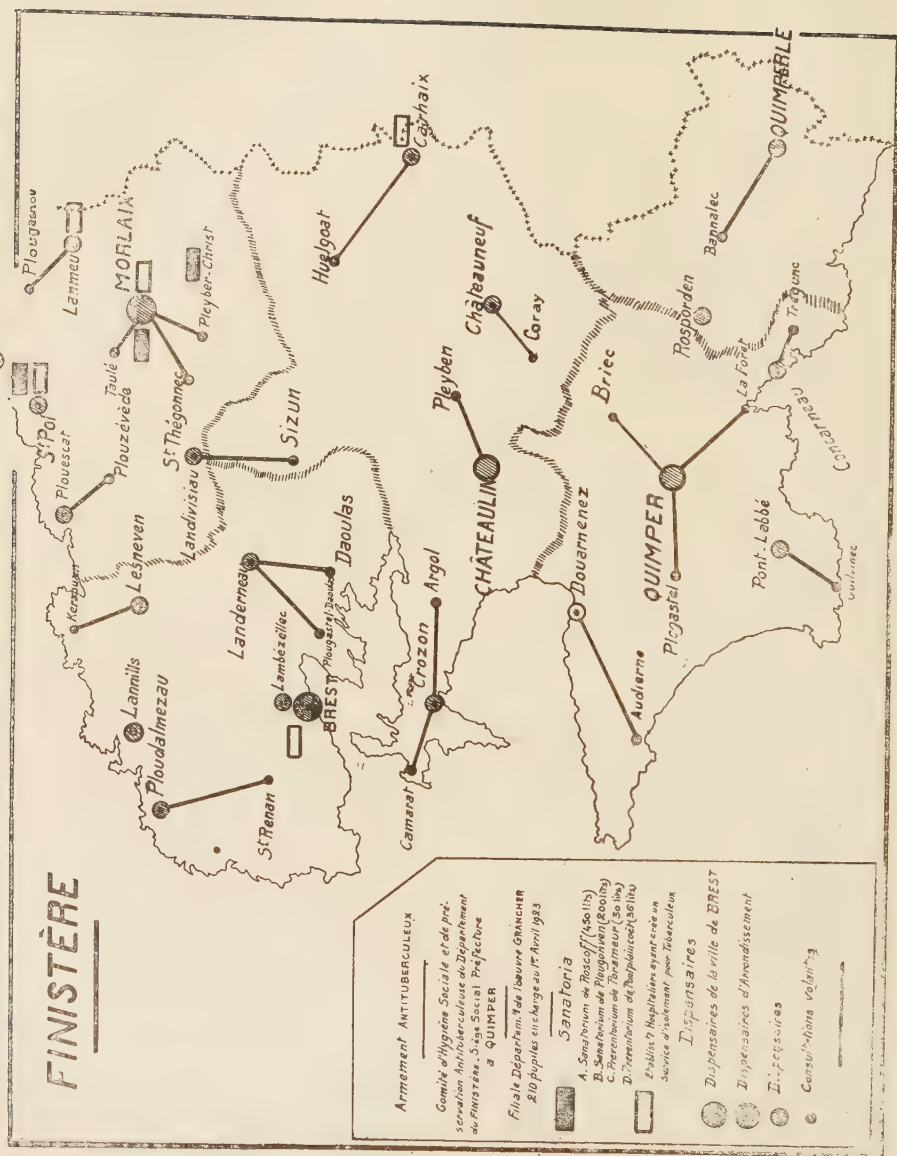


Fig. 71.

Le rendement des dispensaires du Finistère et du service rural a été analysé aux tableaux n° 17 et n° 16, pages 427, 406 et 392. On remarquera que le nombre de tuberculeux suivis a augmenté de 5.091, en 1923, à 6.719, en 1924; le rendement a donc augmenté de 43,5 %, en 1923 à 1924.

(1) « Le Fonctionnement des dispensaires du Finistère », a été décrit en détail par le Dr Quémé, secrétaire du Comité départemental, dans la *Revue de Phthisiologie Médico-Sociale*, Avril 1925 (Masson et C^{ie}, éditeurs).

UN MODELE D'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE : LE FINISTÈRE.

Carte montrant la situation des dispensaires, consultations volantes, hôpitaux, sanatoriums et préventoriuns.

Population : 800.000 habitants.

Nombre total de décès (1922)	12.291
Décès par tuberculose (1922)	2.302
Nombre estimé de tuberculeux vivants	11.725
Tuberculeux (pulm.) connus par le Fichier Central (1923)	5.672
Tuberculeux (ttes form.) connus par les dispensaires (1923)	5.091
Estimation du rendement de l'organisation	43,5 %

Rien n'existait avant la guerre. En 1916, une américaine, Mme Post, créa les 5 premiers dispensaires dans l'arrondissement de Morlaix. En 1918, la Commission Rockefeller choisit ce département, un des premiers, pour réaliser un programme complet; une de ses équipes ambulantes de propagande visita le département de juin à septembre 1918, et des délégués de la Mission Rockefeller et de la Croix-Rouge Américaine formèrent en même temps, de concert avec les personnalités locales, les Comités locaux permanents. Un programme complet fut soumis au Préfet du département, le 6 septembre 1918, avec une promesse de subvention; le 28 décembre 1918, le Comité départemental fut constitué.

La subvention Américaine qui permit d'amorcer l'organisation générale était de 234.000 francs (Croix-Rouge Américaine) pour l'installation de dispensaires, complétée par une somme de 345.000 francs, pour contribuer aux sanatoriums, à des salles d'isolement et au traitement des visiteuses. Dès le début, le Conseil général vota une somme de 200.000 francs.

Le programme initial proposé consistait en une chaîne de dispensaires, comme suit : Arrondissement de QUIMPER : 7 dispensaires dont 1 à QUIMPER, 1 à CONCARNEAU, 1 à DOUARNENEZ, 1 à PONT-L'ABBÉ, 1 à QUIMPERLÉ, 1 à PONT-AVEN, 1 à SCAER; — Arrondissement de BREST : 5 dispensaires, dont 2 à BREST, 1 à LAMBÉZÉLEC, 1 à LANDERNAU, 1 à PLOUDAL-MÉZEAU; — Arrondissement de CHATEAULIN : 4 dispensaires, dont 1 à CARHAIX, 1 à CHATEAUNEUF, 1 à CROZON, 1 à CHATEAULIN; — Arrondissement de MORLAIX : 5 dispensaires (existant), dont 1 à MORLAIX, 1 à SAINT-POL-DE-LÉON, 1 à ROSCOFF, 1 à LESNEVEN, 1 à PLOUESCAT.

Ce programme, ainsi que le plan administratif, soumis en 1918, fut exactement réalisé par le Comité départemental, et même dépassé, par le développement de son service rural. Ce département est actuellement le mieux organisé en France (1).

Il existe aujourd'hui, comme la carte ci-jointe l'indique :

25 DISPENSAIRES SPÉCIAUX, dont 4 dispensaires centraux d'arrondissement.

16 CENTRES DE CONSULTATIONS VOLANTES, faisant partie d'un service rural, par automobile, très effectif. Ces centres, indiqués par un petit point noir, sur la carte, sont rattachés à des dispensaires fixes, d'où ils sont visités au moyen de 3 automobiles radiologiques spéciales. (Voir illustration plus loin.)

4 MÉDECINS SPÉCIALISÉS ne faisant pas de clientèle privée.

45 INFIRMIÈRES VISITEUSES, dont 4 infirmières inspectrices d'arrondissement.

La somme de **790.000 FRANCS**, soit environ 1 franc par tête d'habitant, constituait le budget du Comité en 1924, dont 350.000 francs du Ministère de l'Hygiène, 150.000 francs, annuellement, du Conseil général, 90.000 fr., annuellement, des communes, et 200.000 francs des ressources locales et subventions régulières d'administrations privées.

8.427 personnes sont inscrites dans ces 41 dispensaires, dont **3.797** sont diagnostiquées tuberculeuses.

part et il fut nécessaire de les rédiger de toutes pièces. Plus tard, nous posions comme condition de coopération financière dans un département, l'approbation par la Commission Rockefeller, des statuts et des règlements intérieurs et cela, avec les résultats les plus satisfaisants, tant pour les Comités départementaux que pour nous-mêmes. L'esprit qui régnait en province à notre égard, dans ce gros travail de mise au point des statuts et des règlements, ne peut mieux être exprimé que par cette phrase du président d'un des Comités départementaux les plus importants que nous avons aidé à organiser : « Ce que je voudrais surtout, c'est une critique ; je suis dénué de tout amour-propre en cette matière ; je me considère seulement comme un élève des Américains. »

Il est certain qu'un même modèle de statuts et de règlements intérieurs ne pourra être adopté, en entier et à la lettre, par tous les départements et tous les Comités antituberculeux de France. Cela n'est pas absolument nécessaire, ni désirable, les conditions et les disponibilités locales variant beaucoup. Par ailleurs, l'évolution de la lutte antituberculeuse, de la législation, des finances, nécessitera des modifications à tout ce que l'on aura établi.

Cependant, une certaine unité de méthode générale est essentielle, et certains principes de fonctionnement doivent être suivis et même imposés si l'on désire obtenir rapidement des résultats tangibles et ne pas gaspiller les sommes dépensées. Pour cette raison, les statuts et règlements que nous avons proposés dans les départements dès 1918, avaient et ont encore, leur utilité parce qu'ils faisaient époque pour ainsi dire, et qu'ils mirent sur la voie d'un meilleur fonctionnement et d'une action plus coordonnée, beaucoup de Comités départementaux et locaux travaillant jusqu'alors sans directives générales et sans méthode efficace.

Ces statuts et règlements sont exposés en détail, plus loin. En modifiant plus ou moins leur texte ou l'ordre général, en ajoutant ou en retranchant certains détails secondaires, beaucoup de comités s'en sont inspirés et presque tous ont adopté

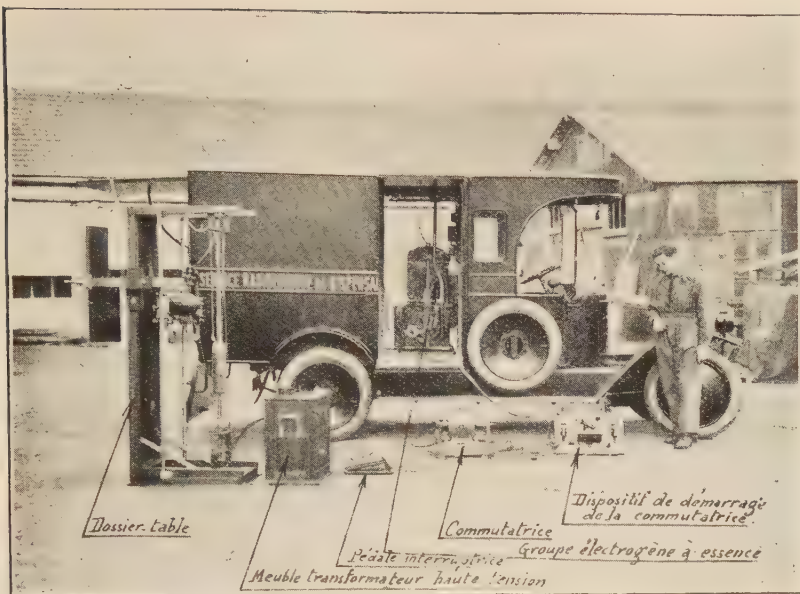


Fig. 79. — POUR LE SERVICE RURAL DANS LE FINISTÈRE.

Il faut aller trouver, dans les plus petits villages, les malades ne venant pas aux dispensaires, parce que trop éloignés. Le Finistère résout le problème avec succès et grand mérite, par ses équipes volantes. Trois voitures automobiles radiologiques montées sur châssis 10 HP Renault, et équipées par la Maison Gaiffe et Gallot, parcourent le département et transportent matériel et personnel.

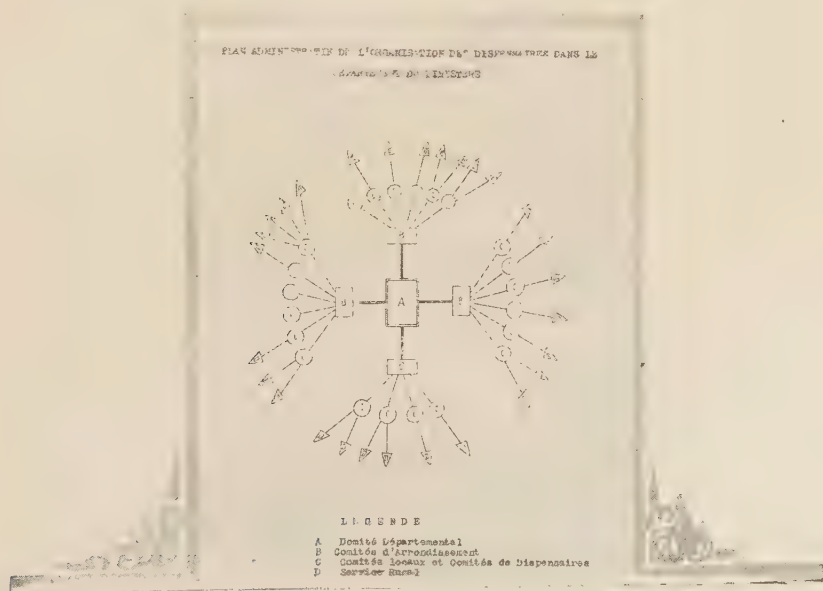


Fig. 80. — PLAN ADMINISTRATIF DES DISPENSAIRES DANS LE DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE.

L'organisation actuelle consiste en 1 Comité central départemental, 4 Comités d'arrondissement, 25 dispensaires, avec chacun un Comité local, et 16 Centres de consultations rurales.

les principes fondamentaux d'organisation et de fonctionnement qui y sont traités. C'est tout ce que doit attendre un organisme central directeur de la lutte, et c'est beaucoup.

Ces règlements ont été élaborés par nous et nos délégués du Bureau d'organisation départementale, à la Mission Rockefeller, au cours de 1918 et 1919, au moment où nous coopérons à organiser les départements de Bretagne, particulièrement le Finistère, et à trouver avec eux, une formule de statuts et de règlements de fonctionnement. La mise au point de ces règlements fut donc faite sur place, avec les Comités antituberculeux d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord et du Finistère que nous avons organisés ou transformés et principalement avec M. de Guébriant, président du Comité du Finistère. Les règlements de ce département, établis au même moment, sont donc en bien des points semblables. Plus tard, le Comité National en remania certaines parties.

Depuis 1918, lorsque nous entreprîmes notre œuvre d'organisation dans le Finistère, ce département s'est développé au point de vue antituberculeux, de telle façon que nous le considérons comme représentant la meilleure traduction du plan départemental envisagé et des idées d'organisation apportées par la Mission Rockefeller. C'est d'ailleurs le Comité départemental, formule d'association privée, reconnue d'utilité publique, union lui-même des Comités locaux privés, dont l'organisation de défense est la plus avancée et dont le service rural est le plus complètement organisé.

Ceux qui préfèrent s'organiser suivant la formule d'association privée, pourront s'inspirer des règlements très détaillés du Comité départemental du Finistère et de son organisation. D'autres départements auxquels nous avons collaboré et qui donnent un bon rendement, sont aussi des associations privées, telles que : Côtes-du-Nord, Oise, Saône-et-Loire, etc.

Une formule combinant le type d'association privée avec celui d'un service départemental a été adopté par le Loiret, la Seine-et-Oise. Dans ces départements, l'organisme départemental est une Association privée, mais les membres sont

nommés par le Préfet, et tout le budget est couvert par le Conseil général.

Comme type d'organisation départementale, sous la forme d'un service public ou d'un office public départemental, les organisateurs s'inspireront avec profit des statuts et règlements de fonctionnement des départements de la Seine, de l'Hérault, de la Seine-Inférieure. Le rendement remarquable des départements du Finistère, de l'Hérault, de la Seine sont étudiés au tableau page .

Dans les uns et dans les autres, les principes généraux de fonctionnement technique exposés ici, sont les mêmes, la différence est dans l'organisation administrative et financière.

Nous mentionnerons comme particulièrement bien organisés et ayant des statuts et règlements intérieurs qui sont des modèles dans leur genre d'organisation, les départements suivants : le Finistère, l'Eure-et-Loir, l'Hérault, la Seine, la Seine-et-Oise, l'Oise, la Seine-Inférieure, la Saône-et-Loire.

Un projet de modification de la loi de 1916 a été finalement apporté au Parlement par M. le Ministre de l'Hygiène, en 1922, vers la fin de l'action de la Mission Rockefeller. Ce nouveau projet qui semblait heureusement inspiré par le programme, les statuts et les règlements intérieurs tracés par la Mission Rockefeller dès 1918, vise la création d'associations ou offices départementaux, et mentionne tout le personnel spécialisé nécessaire à la nouvelle organisation antituberculeuse, particulièrement les infirmières visiteuses d'hygiène dont on ne parlait nullement dans la première loi de 1916, et que la Mission Américaine se mit en demeure de généraliser en France, dès 1917. Les points essentiels du projet de modification portent sur les services des visiteuses d'hygiène, les Comités locaux, les Comités départementaux, ainsi que les règlements de fonctionnement social et médical des dispensaires. La coordination des divers organismes dans l'action générale découlait des principes appliqués en Amérique depuis

des années et pour lesquels nous avons combattu avec succès en France, dès le début de notre travail, en 1917.

Le projet indique que sans la visiteuse d'hygiène, le but

CARTE MONTRANT LES 79 DÉPARTEMENTS POSSEDANT UNE ORGANISATION PERMANENTE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET ORGANISÉS PAR LA MISSION ROCKEFELLER OU VISITÉS PAR SES DÉLÉGUÉS 1917 A 1922



- Légende
- 61 départements organisés en totalité ou en partie par l'initiative ou l'aide financière de la Mission Rockefeller de 1917 à 1922
 - 18 départements organisés en dehors de la mission Rockefeller mais visités par ses délégués
 - 14 départements qui n'ont pas encore d'organisation départementale permanente de lutte contre la tuberculose

Fig. 81. — L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE CONTRE LA TUBERCULOSE AU 1^{er} JANVIER 1923.

79 départements ont une organisation permanente.

même du projet de loi et de la lutte ne peut être atteint. La leçon que nous avons tracée en matière d'organisation depuis 5 ans n'avait donc pas été perdue et se trouvait officiellement mise en valeur.

De 1918 à 1923

Résultats obtenus par la Mission Rockefeller dans l'organisation départementale

Progrès accomplis dans l'armement antituberculeux

Pendant la dernière année de l'action de la Mission Rockefeller, c'est-à-dire en 1922, **45** départements furent visités pour les questions d'organisation, de surveillance et d'inspection technique par les membres et délégués du Bureau d'organisation départementale (1).

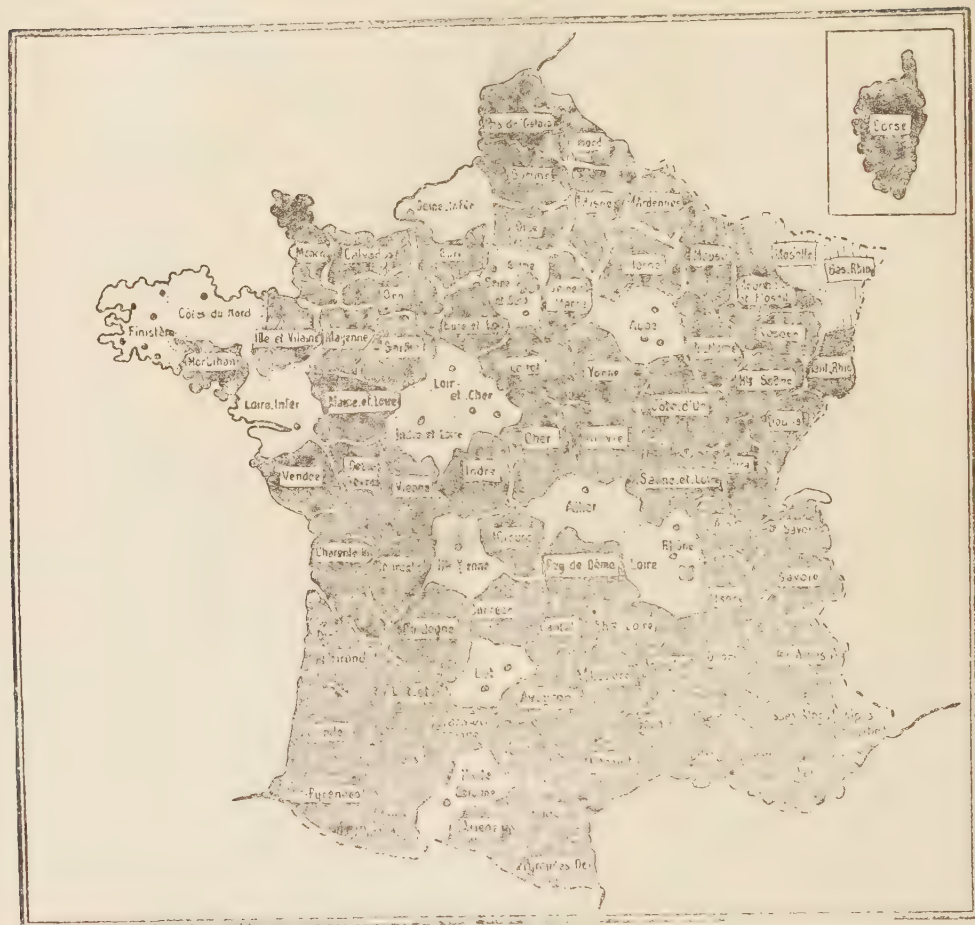
Si nous nous reportons à l'année 1917, nous ne voyons aucune organisation antituberculeuse départementale appuyée sur une base permanente et complète comme celle que nous avons décrite dans les pages précédentes. A la fin de 1922, grâce à l'effort constant que nous avons suscité et aidé durant les cinq dernières années, *79 départements de France ont une organisation antituberculeuse centrale permanente.*

Si nous considérons que la France est composée de 94 départements, y compris les 3 départements d'Alsace et de Lorraine, d'Alger, d'Oran et de Tunis, nous constaterons qu'il ne reste plus que les **14** départements suivants, sans une organisation centrale permanente : l'Yonne, la Vendée, l'Ain, la Creuse, le Cantal, la Lozère, l'Ardèche, le Lot-et-Garonne, le Gers, les Landes, l'Allier, la Haute-Loire, le Tarn, la Dordogne.

Il résulte donc qu'au premier janvier 1923, lorsque la Mission Rockefeller transféra ses services au Comité National,

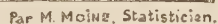
(1) Le Bureau d'organisation départementale était constitué comme suit : D^r Alexandre Bruno, directeur, M. Sylvain Bruno, directeur-adjoint et plusieurs délégués qui se sont succédé depuis 1918, M. Th. Whoerel, D^r Davy, D^r Tobé, D^r Evrot, D^r Estève, D^r Duval, D^r Cailleret, D^r Thomas.

NOMBRE DE DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX : 22.



À l'arrivée de la Mission Rockefeller, en août 1917, seulement **22** dispensaires fonctionnaient en France; leur liste est donnée à la page 18. — Les départements en blanc possédaient au moins un dispensaire indiqué par un point noir; les départements en noir n'avaient pas encore de dispensaire; aucun département n'avait une organisation complète et permanente.

NOMBRE DE DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX : 421.



- o DISTENSIONNÉS FONCTIONNANT. (4 21).
- + " EN VOIE D'INSTALLATION. (55).
- o " EN PROJET. (71).

~~10~~ DÉPARTEMENTS N'AYANT PAS ENCORE DE DISPENSARE (13).

Fig. 69.

Lorsque la Mission Rockefeller cessa son action en France, le 31 décembre 1922, **421** dispensaires étaient en fonctionnement, dont **301** organisés par elle; **55** dispensaires étaient en voie d'installation, faisant partie, pour la plupart, des programmes qu'elle avait subventionnés dans **61** départements. Près de **4** millions furent dépensés pour l'installation de ces dispensaires et **3** millions et demi pour les visiteuses d'hygiène. Au 31 décembre 1923, le nombre des dispensaires était de **498** et, le 31 décembre 1924, de **519**.

Chaque point noir indique un dispensaire fonctionnant; chaque croix, un dispensaire en voie d'installation. Les départements noirs n'ont pas encore de dispensaires.

84 % du pays étaient organisés ou suffisamment préparés à la lutte contre la tuberculose.

De plus, depuis 1917, une enquête approfondie avait été faite dans chacun de ces **79** départements par les délégués de la Mission Rockefeller, en vue d'une organisation effective et permanente, et pour l'octroi des subventions, si ces départements désiraient s'organiser. *Sur ces 79 départements, 61 créèrent leurs moyens de lutte sur l'initiative, sous l'impulsion ou avec l'aide financière et morale de la Mission Rockefeller* (cartes de France, fig. n^{os} 81 et 82).

Les départements français, subventionnés par la Mission Américaine, avec les sommes correspondantes, sont indiquées au tableau, page 460, dans le chapitre XIV « l'Effort Financier dans la lutte antituberculeuse ».

Voici, pour les 79 départements, l'année de leur organisation ou réorganisation centrale permanente :

Années 1918 et 1919 : *Aisne, Allier, Alsace-Lorraine, Aube, Belfort, Bouches-du-Rhône, Calvados, Cher, Côtes-du-Nord, Eure-et-Loir, Finistère, Gard, Gironde, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Loire-Inférieure, Manche, Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Nièvre, Nord, Puy-de-Dôme, Rhône, Seine, Vaucluse, Haute-Vienne, Tunis.*

Année 1920 : *Alger, Alpes-Maritimes, Ardennes, Charente, Corse, Côte-d'Or, Doubs, Eure, Hérault, Isère, Jura, Loir-et-Cher, Mayenne, Orne, Saône-et-Loire, Sarthe, Seine-Inférieure, Seine-et-Oise.*

Année 1921 : *Hautes-Alpes, Ariège, Aude, Aveyron, Corrèze, Drôme, Haute-Garonne, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Haute-Marne, Oise, Pas-de-Calais, Hautes-Pyrénées, Haute-Savoie, Savoie, Haute-Saône, Seine-et-Marne, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vienne, Vosges, Oran.*

Année 1922 : *Basses-Pyrénées, Charente-Inférieure, Pyrénées-Orientales, Loire.*

Les départements mis en italique s'organisèrent sous la

forme d'un « Office public départemental » ou d'un « Service public départemental » (titre III, article X, loi du 15 avril 1916). Les autres départements, formant la grande majorité, ont été constitués en « Associations privées, déclarées ».

L'aide financière dans les départements

La Commission Rockefeller apporta un plan départemental complet et son concours financier pour l'organisation antituberculeuse dans **61** départements, le plus souvent par l'intermédiaire du Bureau d'Organisation départementale, comme suit :

Années 1918 et 1919	18	départements
— 1920	32	—
— 1921	5	—
— 1922	3	—

Ceci, en dehors du département d'Eure-et-Loir et du XIX^e arrondissement de Paris. Les noms de ces départements sont indiqués sur la carte de France, fig. 82 ; les sommes données à ces départements, sont indiquées au tableau, page 82. Ces sommes étaient destinées à l'installation de leurs dispensaires et laboratoires, l'organisation de leurs services techniques, secrétariat permanent, fichiers, service rural et aussi à couvrir, généralement pendant une année, le traitement des visiteuses d'hygiène, parfois le traitement des médecins spécialisés et des secrétaires permanents.

Pour l'ensemble de sa vaste entreprise contre la tuberculose en France, de 1918 à 1923, la Mission Rockefeller dépensa environ **23 millions** dont plus de 5 millions pour réaliser dans les 61 départements avec lesquels elle a coopéré, l'exécution du programme d'organisation qu'elle leur soumettait. Plus de **3 millions et demi** furent dépensés pour doter la France des visiteuses d'hygiène professionnelles, nécessaires aux dispensaires que la Mission organisait partout. L'effort financier français et américain, dans la lutte contre la tuberculose en France, est exposé au chapitre XIV.

Le développement des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse

Bien que les dispensaires fussent une conception française, leur généralisation à travers le pays s'était peu répandue et la France se trouvait, avant la guerre, n'avoir qu'un très petit nombre de ces institutions essentielles.

Nous donnons, par le tableau ci-joint, un aperçu du développement des dispensaires pendant la période d'action de la Mission Rockefeller, à partir de 1917 jusqu'à la fin de 1922. Nous indiquons aussi, avec ceux qui fonctionnaient en France à la fin de chaque année, les dispensaires créés sous l'impulsion et avec l'aide financière et morale de la Mission Américaine. *On remarquera, surtout, qu'au 31 décembre 1922, il existait 421 dispensaires antituberculeux en fonctionnement, contre 22 en 1917 (1).*

265 de ces dispensaires envoyaient régulièrement leurs rapports mensuels au Bureau des statistiques de la Mission Rockefeller et indiquaient les résultats obtenus. La liste de tous ces dispensaires, par départements, est donnée au tableau, page où nous avons étudié le rendement de tous ces dispensaires de 1921 à 1924.

267 infirmières visiteuses d'hygiène, diplômées d'une des écoles approuvées par la Commission Rockefeller et le Comité National, étaient à ce moment-là, employées dans les divers dispensaires.

De plus au début de 1923, **55** dispensaires nouveaux étaient en voie d'installation et **61** autres dispensaires étaient projetés. Cette floraison remarquable de dispensaires à travers la France, signe d'un effort général méritoire, faisait qu'au début de l'année 1924, la France possédait plus de dispensaires antituberculeux que l'Angleterre; pas encore autant que les Etats-Unis, où, pour un territoire autrement vaste que la

(1) Voir tableau n° 6, page 228, et fig. 95, p. 368.

France, il n'existe que **700** dispensaires antituberculeux spéciaux (1).

Il est vrai qu'aux Etats-Unis, presque tous les hôpitaux

DÉPARTEMENTS SUBVENTIONNÉS PAR LA MISSION ROCKEFELLER
DE 1918 A 1922 INCLUS

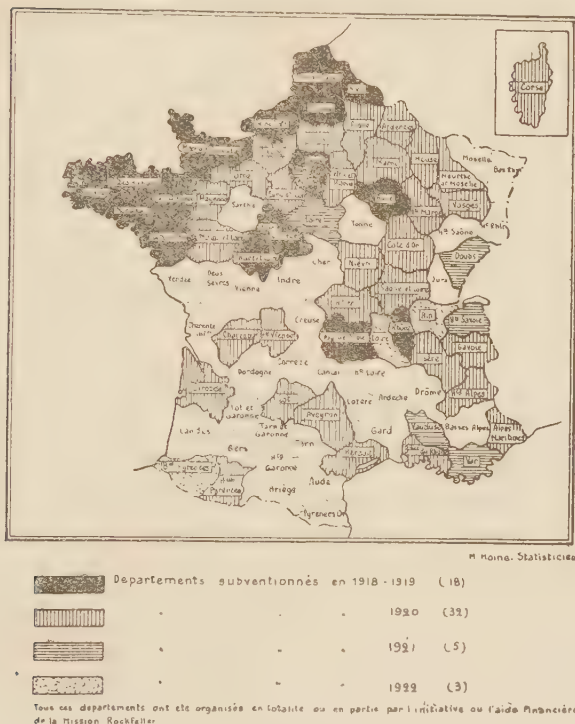


Fig. 82. — LES DÉPARTEMENTS DE FRANCE AYANT COOPÉRÉ AVEC LA MISSION AMÉRICAINE DE 1918 A 1923.

61 départements reçoivent des subventions plus ou moins importantes, pour réaliser le programme qui leur était soumis.

tiennent des consultations *spéciales* pour tuberculeux, lesquelles correspondent à un dispensaire réel complet.

(1) L'Angleterre et le Pays de Galles avaient en 1921, **441** dispensaires antituberculeux spécialisés et **84** stations de consultations.

Tableau n° 6
ÉVOLUTION DANS LE NOMBRE DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX EN FRANCE
 de 1917 à 1923

	Nombre total de Dispensaires fonctionnant en France	Nombre de Dispensaires coopérant avec la Mission Américaine créés ou aidés par elle	Nombre de Dispensaires envoyant un rapport mensuel à la Mission	Nouveaux Dispensaires ouverts au cours de l'année	Nouveaux Dispensaires en voie d'installation et en projet à la fin de chaque année
Au 31 Déc. 1917 ...	22	»	»	»	»
— 1918 ...	60	29	5	20	42
— 1919 ...	128	96	53	76	108
— 1920 ...	271	186	137	127	96
— 1921 ...	373	276	219	101	79
— 1922 ...	421	301	265	48	55
— 1923 ...	498	»	333 (1)	71	»
— 1924 ...	530	»	439 (1)	40	»

(1) Depuis 1923, les rapports mensuels sont envoyés au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6^e).

UN GRAND EFFORT D'ORGANISATION

MINISTRE DE L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE
LE 31 DÉCEMBRE 1919



MINISTRE DE L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE
LE 31 DÉCEMBRE 1918



Au 31 décembre 1919 :
128 dispensaires.

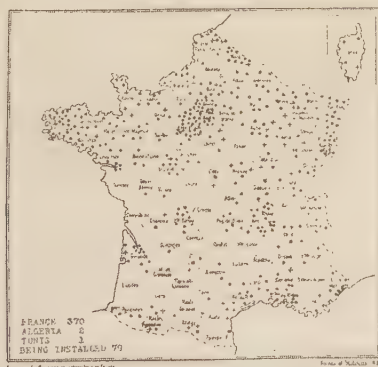
Au 31 décembre 1918 :
60 dispensaires.

MINISTRE DE L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE
LE 31 DÉCEMBRE 1920



NOTÉ. — Sur les 271 dispensaires en fonctionnement, 140 doivent plus ou moins leur existence à la collaboration de la population. Sur les autres 131 avaient des rapports directs au bureau de statistique.

MINISTRE DE L'ORGANISATION DÉPARTEMENTALE



NOTÉ. — Sur les 270 dispensaires en fonctionnement, 270 doivent plus ou moins leur existence à la collaboration de la population. Sur les autres 219 avaient des rapports directs au bureau de statistique.

Au 31 décembre 1920 : **271** dispensaires. Au 31 décembre 1921 : **373** dispensaires.

Fig. 83. — DÉVELOPPEMENT DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX EN FRANCE.

Au 1^{er} janvier 1925, **530** dispensaires fonctionnaient dans **80** départements

Dans 76 départements français sur 94, il existe aujourd'hui au moins un dispensaire antituberculeux en fonctionnement. Nous donnons ici la liste de tous les dispensaires antituberculeux de France par département ainsi que plusieurs graphiques et cartes de France montrant leur situation et l'évolution générale depuis 1917.

Il importe beaucoup pour la France que l'organisation de nouveaux dispensaires ne soit pas abandonnée, dans les années qui suivront immédiatement le départ de la Mission Rockefeller. D'après les calculs faits pour l'ensemble de la France, dès 1917, sur les bases indiquées plus haut, nous estimions à **825** le nombre des dispensaires antituberculeux nécessaires pour la réalisation d'un programme complet théorique de préservation antituberculeuse. *On peut donc dire que dans cette voie, la France a déjà parcouru plus de la moitié du chemin, et aussi, que dans cet heureux résultat, l'action de la Mission Rockefeller en France entre pour une très grande part.*

Note. — Depuis le départ de la Mission Rockefeller, un grand nombre de dispensaires, dont elle avait subventionné les projets, et qui étaient en voie d'installation, ont été ouverts. *Au 1^{er} janvier 1924, 498 dispensaires fonctionnaient en France, et au 1^{er} janvier 1925, il y en avait 530, parmi lesquels 439 sont en relations constantes avec le Comité National de Défense contre la Tuberculose et avec le Ministère de l'Hygiène, auxquels ils envoient des rapports mensuels de leur travail.*

Les sanatoriums, préventori- ums et services d'isolement hospitalier

L'étude des autres institutions antituberculeuses telles que les sanatoriums et les hôpitaux pour tuberculeux, montre aussi un effort hotoire, cependant insuffisant, par rapport à celui qui a fait naître les dispensaires. Cette insuffisance existe tout autant pour les sanatoriums populaires que pour les sanatoriums destinés aux classes moyennes et aisées; et ces derniers

sont aussi importants au point de vue de la préservation générale, de l'hygiène et de la prophylaxie, dans les hôtels de stations climatiques et de villes d'eaux.

L'application de la loi Honnorat, du 7 septembre 1919, sur les sanatoriums a pourtant donné certains résultats. Malgré la difficile situation financière de la plupart des départements, certains Conseils généraux ont consenti à dépenser des sommes importantes pour construire des sanatoriums. D'autres, la plus grande majorité, n'ont pas encore profité des 50 % alloués par l'Etat pour les dépenses de construction ; les 50 % restant, grevant trop fortement leur budget.

L'augmentation rapide du nombre et de l'activité des dispensaires donnant comme résultat le dépistage et le recrutement d'un nombre de tuberculeux considérable et toujours croissant, il faut chercher ensuite où les placer pour les soins et l'enseignement des moyens de cure, si nécessaire.

Le manque de ces débouchés, de plus en plus évident, est un problème et une entrave à l'action générale de la lutte antituberculeuse.

Quoi qu'en pensent certains sceptiques à l'égard de l'organisation contre la tuberculose et au sujet de l'efficacité de la cure sanatoriale, *le sanatorium reste une nécessité et une méthode effective de traitement*. Il faut donc les multiplier.

Dublin, le statisticien réputé de la « Métropolitain Life Insurance » a analysé l'effet de la cure sanatoriale sur la mortalité générale aux Etats-Unis, où plus de **110.000** malades dont **40 %** au début, et **40 %** moyennement avancés, passent chaque année dans les **70.000** lits de sanatoriums américains. Les tuberculeux, en masse, ont une mortalité **15** fois plus grande que celle qui serait normale pour leur âge ; or, les tuberculeux qui ont fait une cure dans un sanatorium, après leur sortie de ces institutions, plus ou moins améliorés ou guéris, ne meurent plus que **3** fois plus que la normale de leur âge, s'ils sont entrés au sanatorium au début de leur maladie, et **10** fois plus, s'ils sont entrés dans un état moyennement avancé. Les sanatoriums convertissent donc les hommes qui mour-

raient **15** fois plus que la normale, en hommes ne mourant plus que de **3** à **10** fois autant.

En 1917, il y avait en France un total de **6.000** lits pour les tuberculeux de toutes formes, âges et sexe.

*Au début de 1923, le nombre de lits avait atteint le chiffre de **18.916** dont **9.960** lits pour les tuberculeux pulmonaires dans **72** sanatoriums, et **9.056** lits dans **26** sanatoriums pour la tuberculose osseuse et ganglionnaire, généralement dans des sanatoriums marins, destinés surtout aux enfants.*

Sur les **9.960** lits, pour pulmonaires, il n'en existe que **729** pour des malades de la classe moyenne ou payante peu aisée, le reste étant constitué par les sanatoriums dits publics ou populaires. Or, la machine antituberculeuse des 500 dispensaires français a dépisté et surveillé **50.613** tuberculeux au cours de 1923, et la grande majorité d'entre eux profiterait évidemment d'une cure sanatoriale qui augmenterait la durée de leur vie.

*Le nombre total minimum de lits de sanatoriums pour les cas curables, du début, estimé à **10** % des cas vivants en évolution active, atteint le chiffre de **42.221**. C'est le chiffre minimum que doit viser l'organisation française; actuellement elle en est à un peu moins de la moitié! et il serait également urgent d'envisager un plus grand nombre de lits pour la classe moyenne, et des sanatoriums nouveaux ou sections spéciales dans les sanatoriums existant, pour les enfants des deux sexes, souffrant de tuberculose autre que la forme osseuse. Une grosse lacune existe à cet égard.*

Nous avons compulsé la liste de tous les sanatoriums et préventoriums de France, que nous publions en annexe de ce chapitre.

Au point de vue de la préservation des enfants et des jeunes adultes menacés de tuberculose ou en contact avec des tuberculeux, *il existe **54** préventoriums donnant **4.093** lits, chiffre insuffisant; le programme complet minimum réclame **8.444** lits.*

Quant à l'hospitalisation des cas plus graves, en observa-

tion ou considérés comme incurables, dans des sections spéciales des hôpitaux généraux, ou dans des hôpitaux spécialisés, la pénurie de lits est encore plus marquée. *A peine y a-t-il en France 6.000 lits d'isolement hospitalier, alors qu'il en faudrait 63.331*, correspondant à 15 % des cas vivants, en évolution active. En Angleterre, aux États-Unis, au Danemark, l'expérience a démontré la nécessité absolue d'avoir autant de lits d'hôpitaux que de décès accusés par tuberculose ; elle a prouvé aussi que *la mortalité par tuberculose diminue en proportion du nombre de lits à la disposition des tuberculeux*.

La législation de l'Etat de New-York, oblige tous les « comtés » de l'Etat à aménager autant de lits que de décès par tuberculose.

Cela représenterait pour la France plus de 90.000 lits.

Une Affiche
de la
Mission Américaine



en faveur
des
Sanatoriums

Fig. 84.

Etat de l'armement antituberculeux (1)
au 31 Décembre 1923

Sanatoriums et Hôpitaux pour Tuberculose pulmonaire

- AIN. — *Hauteville* : Sanatorium de Bellecombe, station sanitaire, 53 lits, hommes, public, Ministère de l'Intérieur.
 Sanatorium Félix Mangini, œuvre lyonnaise, 130 lits, mixte, public, 9 francs par jour.
 Sanatorium d'*Angeville*, Croix-Rouge S. B. M., 150 lits, femmes, 15 francs par jour.
 Sanatorium Belligueux, privé, 60 chambres, mixte, 40 à 80 francs par jour.
- ALLIER. — *Le Montet* : Sanatorium Le Montet, départemental, 260 lits, hommes, réservé au département.
- ALPES-MARITIMES. — *Gorbio* : Sanatorium départemental, 75 lits, mixte.
 Tourette-sur-Loup : Sanatorium des Courmèttes, privé, 60 lits, 15 à 30 francs par jour.
- AUBE. — *Chanteloup* : Sanatorium, 20 lits, hommes et garçons, public, 10 francs par jour.
- AUDE. — *Campagne-les-Bains* : Hôpital sanitaire militaire, 80 lits, Ministère de la Guerre.
 Ecole de rééducation, 60 lits, hommes, Office National des Mutilés.
- AVEYRON. — *Enguaresque* : Sanatorium privé, populaire, 50 lits, hommes.
- CHARENTE-INFÉRIEURE. — *La Rochelle* : Hôpital Sanatorium.
- CORRÈZE. — *Le Glandier* : Sanatorium, 120 lits, femmes et enfants, pour le département de la Seine.
- CREUSE. — *Sainte-Feyre* : Sanatorium pour instituteurs et institutrices, 102 lits, 8 à 10 francs par jour.

(1) Une liste complète de tous les établissements antituberculeux et de tous les hôpitaux de France fut établie par la Croix-Rouge Américaine en 1918 et révisée par nous en 1919. Cette documentation, étudiée sur place, augmentée d'une monographie sur chaque établissement, a été fournie au Comité National de Défense contre la Tuberculose pour l'édition de l'ouvrage « L'Armement Antituberculeux Français ». (Masson et C^{ie}, éditeurs.)

- CÔTES-DU-NORD. — *Trestel* : Sanatorium départemental, 30 lits, enfants.
- DOUBS. — *Villeneuve-d'Amont* : Sanatorium départemental, hommes et adolescents, 75 lits, 10 francs par jour.
- DRÔME. — *Portes-les-Valence* : Station sanitaire, Ministère de l'Intérieur, 40 lits, hommes.
- EURE-ET-LOIR. — *Chartres* : Sanatorium du Haut-Saint-Jean, départemental, 68 lits, mixte.
- FINISTÈRE. — *Guervenau* : Sanatorium départemental, 200 lits, mixte.
Morlaix : Sanatorium du Porsmeur, 20 lits, femmes, privé.
- GARD. — *Nîmes* : Sanatorium du Mont du Plan, 30 lits, privé, 20 francs par jour.
- GIRONDE. — *Bordeaux* : Hôpital sanitaire, militaire, 80 lits, Ministère de la Guerre.
Lège : Sanatorium départemental, 60 lits, hommes.
Pessac : Hôpital sanatorium, public, 120 lits, mixte.
- HÉRAULT. — *Montpellier* : Sanatorium Bon Accueil, public, 115 lits, mixte.
Bellevue : Hôpital sanatorium, public, 80 lits, hommes.
Montpellier : Hôpital militaire, 30 lits.
- ILLE-ET-VILAINE. — *Rennes* : Sanatorium Pont-Chailloux, 20 lits, filles.
- INDRE-ET-LOIRE. — *Tours* : Sanatorium La-Croix-Montoire, 30 lits, femmes, public.
 Sanatorium Bel-Air, Croix-Rouge S. B. M., 75 lits, hommes.
- ISÈRE. — *La Tronche* : Sanatorium public, 192 lits, mixte, 9 à 17 francs par jour.
Seysuel : Sanatorium départemental, public, mixte, 200 lits.
- LOIRE. — *Saint-Jodard* : Station sanitaire, public, départemental, 333 lits, hommes.
Chavannes : Sanatorium départemental, 40 lits, femmes et enfants.
- LOIRE-INFÉRIEURE. — *Chantenay* : Hôpital-sanatorium, public, 150 lits, mixte.
- LOIR-ET-CHER. — *La-Motte-Beuvron* : Sanatorium privé, 78 lits, mixte, 30 francs par jour.
- LOIRET. — *Chécy* : Sanatorium privé, 30 lits, hommes, 10 à 12 francs par jour.
Beauregard : Sanatorium privé, 25 lits, femmes, 10 à 12 francs par jour.
La-Chapelle-Saint-Mémin : Station sanitaire, Ministère de l'Intérieur, 40 lits, hommes.

- LOT. — *Montfaucon* : Station sanitaire, Ministère de l'Intérieur, 225 lits, hommes.
- LOT-ET-GARONNE. — *Monbran* : Sanatorium, 80 lits, hommes, public, station sanitaire, Ministère de l'Intérieur.
- MARNE. — *Epernay* : Sanatorium Sainte-Marthe, 36 lits, femmes.
- MAYENNE. — *Clavières* : Station sanitaire, 100 lits, hommes, public, Ministère de l'Intérieur.
- MEURTHE-ET-MOSELLE. — *Nancy* : Hôpital-sanatorium Villemin, 240 lits, mixte, public, départemental.
Lay-Saint-Christophe : 100 lits, mixte, public, départemental.
- MORBIHAN. — *Auray* : Hôpital sanitaire, 240 lits, Ministère de la Guerre.
- NIÈVRE. — *Pignelin* : Sanatorium, 30 lits pour femmes, 100 lits pour enfants, public, inter-départemental.
- MOSELLE. — *Albreschwiller* : Sanatorium, 55 lits, hommes, public.
- NORD. — *Wormhoudt* : Sanatorium, 320 lits, enfants, mixte, public.
- OISE. — *Angicourt* : Sanatorium, 200 lits, femmes, Assistance Publique de Paris.
- PUY-DE-DÔME. — *Les-Roches-à-Chamalières* : 200 hommes, station sanitaire, public, Ministère de l'Intérieur.
Durtol, près *Clermont-Ferrand*, 56 adultes, 2 sexes, sanatorium privé.
Enval, près de *Riom* : 45 adultes, 2 sexes, 50 à 100 francs par jour, sanatorium privé.
- BASSES-PYRÉNÉES. — *Larressores* : Hôpital sanitaire, 200 lits, hommes, pulmonaires, Ministère de la Guerre.
Bidart-Ibbaritz : 150 lits, hommes, tuberculose chirurgicale, Ministère de la Guerre.
Cambo : Sanatorium Francelet, 28 lits, mixte, populaire, privé, 8 francs par jour.
Sanatorium Beaulieu, 40 lits, mixte, privé, payant, 22 à 35 francs par jour, Docteur Dieudonné.
Cambo : Sanatorium « Les Terrasses », 29 lits, mixte, privé, payant 25 à 50 francs par jour, Docteur Colbert.
Pau : Home Sanatorium, 24 lits, public, départemental.
Pau : Sanatorium de Trespoey, 35 lits, mixte, privé, payant, 20 à 30 francs par jour.
Pau : Sanatorium de Ramonhaut à *Gar*, 20 lits, mixte, privé, payant, 20 francs par jour.
- PYRÉNÉES-ORIENTALES. — *Les Escaldes*, par *Angoustrine* : Sana-

torium, 70 lits, mixte, privé, payant, 20 à 25 francs par jour, Docteur Hervé.

HAUT-RHIN ET BAS-RHIN. — *Aubure* : Sanatorium, 100 lits, femmes, public, assurances sociales, 12 francs par jour.

Saales : Sanatorium, 150 lits, hommes, public, assurances sociales, 12 francs par jour.

Schirmeck : Sanatorium, 150 lits, mixte, assurances sociales.

Lutterbach, près *Lalance* : Sanatorium, 60 lits, enfants, mixte, assurances sociales.

Salem : Sanatorium, 70 lits, hommes, assurances sociales.

Strasbourg : Hôpital-sanatorium, à *La-Robertsau*, 120 lits, mixte, public, 15 francs par jour.

RHÔNE. — *Lyon* : Asile Notre-Dame, 24 lits, femmes, privé, populaire, 5 francs par jour.

Saint-Genis-Laval : Hôpital-sanatorium du Montet, 40 lits, hommes, publics.

Hospice Sainte-Eugénie, 107 lits, femmes et fillettes, public, départemental et Hospice de Lyon.

Saint-Genis-Laval : Hôpital sanitaire militaire, 177 lits, hommes, Ministère de la Guerre.

Bayère, par *Charnay* : Sanatorium privé, populaire, 50 lits, hommes.

SAÔNE-ET-LOIRE. — *La Guiche* : Station sanitaire, 230 lits, hommes, public, Ministère de l'Intérieur.

Mardore : Sanatorium public, 75 lits hommes, Département de la Seine.

SAVOIE (Haute). — *Chamonix* : Châlet de la Côte, près Chamonix, 25 lits, femmes, privé, Docteur Tobé.

SEINE. — *Hay-les-Roses* : Sanatorium de La Rue, 65 lits, femmes, privé, populaire, 10 francs par jour.

SEINE-ET-MARNE. — *Avon-Fontainebleau* : Sanatorium privé, 25 lits, mixte, 15 à 20 francs par jour.

SEINE-ET-OISE. — *Brévannes* : Hôpital-sanatorium, 1.085 lits, adultes et enfants des deux sexes, public. Assistance Publique de Paris.

Villepinte : Hôpital-sanatorium, 530 lits, femmes et jeunes filles, privé, populaire, 6 fr. 50 par jour. 25, Rue de Maubeuge, Paris.

Bligny par *Briis-sous-Forges* : Sanatoriums privés, populaires, 350 lits, adultes, mixtes. Œuvre des Sanatoriums de Paris, 75, Rue de la Victoire, Paris.

Verres : Sanatorium départemental, 75 lits, hommes, public, Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine.

Groslay : Sanatorium « Belle Alliance », 70 lits, femmes et enfants, public. Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine.

Ris-Orangis : Sanatorium des Cheminots, 150 lits, hommes.

Rueil : Sanatorium de Buzenval, 25 lits, mixte, privé, payant, 20 à 30 francs par jour.

Taverny : Sanatorium de la La Tuyolle, 150 lits, femmes, public, départemental. Office Public d'Hygiène Sociale.

Ballainvilliers : Sanatorium de « La Baronnie », 44 lits, femmes, privé, populaire, 8 à 12 francs par jour. M^{lle} Chaptal, 66, Rue Vercingétorix, Paris.

Versailles : Sanatorium « Les Ombrages », 70 lits, femmes, privé, populaire, 10 francs par jour.

Le Perray : Sanatorium « Les Bréviaires », 20 lits, femmes et enfants, privé, populaire, 5 fr. 50 par jour, Docteur May, 3, Quai Malaquais.

Villiers-sur-Marne : Sanatorium privé, enfants des deux sexes, 125 lits.

SEINE-INFÉRIEURE. — *Oissel* : Sanatorium de la Forêt de Rouvray, 130 lits, hommes, public, départemental.

Oissel : Sanatorium de Saint-Etienne-du-Rouvray, 50 lits, femmes, public, départemental.

Darnetal : Hôpital-sanatorium, 140 lits, public départemental.

SOMME. — *Cayeux-sur-Mer* : 200 lits.

Dury : Sanatorium de Dury, 75 lits.

VAR. — *La Pouverine*, près de *Cuers* : Sanatorium privé, 40 lits, mixte, 15 francs par jour.

Hyères : Sanatorium « Alice-Fagniez », 50 lits, femmes, privé, populaire, 5 à 10 francs par jour. Œuvre de Villepinte, 25, Rue de Maubeuge, Paris.

Lits d'isolement dans les Hôpitaux généraux (Année 1922)

ALLIER. — *Vichy* : 22 lits.

ALPES-MARITIMES. — *Nice* : Hôpital Saint-Louis, 100 lits.

ARDENNES. — *Sedan* : 10 lits.

Charleville : 20 lits.

AVEYRON. — *Rodez* : 20 lits.

CALVADOS. — *Lisieux* : 10 lits.

Honfleur : 10 lits.

Caen : 60 lits.

- CHER. — *Bourges* : 20 lits.
 CÔTES-DU-NORD. — *Saint-Brieuc* : 50 lits.
 Guingamp : 23 lits.
 Dinan : 10 lits.
 Loudéac : 16 lits.
 EURE-ET-LOIR. — *Chartres* : Hospice Saint-Brice, 50 lits.
 Dreux : Pavillon, 36 lits.
 Hôpitaux cantonaux : 16 lits.
 FINISTÈRE. — Hôpital-sanatorium
 GARD. — *Nîmes* : 24 lits.
 GIRONDE. — *Bordeaux* : Hôpitaux .. lits.
 Libourne : 12 lits.
 HÉRAULT. — *Montpellier* : 2 hôpitaux-sanatoriums. Service d'hôpital, 40 lits.
 Béziers : 40 lits.
 Cette : 25 lits.
 Lunel : 25 lits.
 ILLE-ET-VILAINE. — *Remes* : 100 lits.
 Saint-Servan : 28 lits.
 Fougères : 6 lits.
 Redon : 10 lits.
 INDRE-ET-LOIRE. — *Tours* : 40 lits.
 LOIRE. — *Saint-Etienne* : 90 lits.
 LOIRE-INFÉRIEURE. — *Nantes* : Hôpital-sanatorium et 72 lits.
 Saint-Nazaire : 16 lits.
 MARNE. — *Epernay* : 36 lits.
 Vitry-le-François : 38 lits.
 HAUTE-MARNE. — *Chaumont* : 20 lits.
 MEURTHE-ET-MOSELLE. — *Nancy* : Hôpital-sanatorium.
 OISE. — *Beauvais* : 32 lits.
 Compiègne : 16 lits.
 ORNE. — *Alençon* : Pavillon, 32 lits.
 Mortagne : 8 lits.
 PYRÉNÉES (Basses). — *Pau* : Pavillon, 20 lits.
 RHÔNE. — Hôpitaux-sanatoriums. *Lyon* : Hôtel-Dieu, 56 lits. —
 Hospice Sainte-Eugénie, 100 lits. — Hôpital Perron, 100 lits.
 — Hôpital Saint-Pothain, 76 lits.
 Villefranche : 20 lits.
 SAVOIE. — *Chambéry* : 32 lits.
 SAVOIE (Haute). — *Annecy* : 12 lits.
 Thonon : 16 lits.
 SEINE. — *Paris* : Hôpitaux publics et privés, 2.600 lits.
 SEINE-ET-OISE. — *Versailles* : 54 lits.

Saint-Germain : 50 lits.

Saint-Cloud : 15 lits.

Poissy : 10 lits.

Corbeil : 10 lits.

Etampes : 10 lits.

SEINE-INFÉRIEURE. — *Rouen* : Hôpital-sanatorium, 140 lits.

Vienne (Haute). — *Limoges* : 60 lits.

Saint-Junien : 28 lits.

VOSGES. — *Épinal* : 20 lits.

Préventoriiums et Centres de placement (enfants principalement)

AISNE. — *Saint-Quentin* : Préventorium de Henry Lange, 80 enfants, mixte, fondation américaine.

ALPES-MARITIMES. — *Menton* : Préventorium de la Siga, 20 lits, mixte, populaire, gratuit, pour enfants de Paris dont parents morts tuberculeux.

AUBE. — *Nazareth-Pont-Hubert* : Préventorium, privé, gratuit, mixte, 20 lits, Docteur Bertrand, Saint-Parres-les-Vaudes.

AUDE. — *Cuxac-Cabardes* : Préventorium Saint-Denis, 10 lits, mixte, 4 francs par jour, privé.

CALVADOS. — *Saint-Hubert-sur-Mer* (Préventorium de) : 40 lits, garçons, privé.

CHARENTE-INFÉRIEURE. — *La Rochelle* : Villa Richelieu, 70 lits, mixte Croix-Rouge S. B. M., 6 francs par jour, populaire.

Ile de Ré : Maison des Enfants au Bois, 45 lits, mixte, privé, populaire 3 francs par jour. Ligue des Enfants de France, 50, Rue Saint-André-des-Arts, Paris.

CHER. — *Nérondes* : Centre de Placement familial de l'Œuvre Gran-cher de Paris.

CORRÈZE. — *Bessac* : Préventorium du Glandier, 120 lits, mixte, jeunes filles et femmes, public, admission par l'Office d'Hygiène Sociale de la Seine.

DOUBS. — *Besançon* : Préventorium de Palente, 92 lits, mixte, annexe de l'Hospice protestant de Besançon.

Préventorium de Bellevue, franco-américain, 45 lits, mixte, populaire, gratuit.

EURE. — *Beaumesnil* : Préventorium du Repos, 100 lits, jeunes filles, ouvrières, employées, privé, M^{me} Bayle, 36, Rue Montparnasse, Paris.

Orgerville : Préventorium Saint-Maurice, par Pacy-sur-Eure,

150 lits, filles, 3 francs par jour, privé. Œuvre de M^{lle} Bonjean, 34, Rue Montparnasse, Paris.

EURE-ET-LOIR. — *Fontaine-Bouillant*, près Chartres : Ecole de plein air, 40 lits, fillettes, public, Office d'Hygiène de la Seine.

Authon-du-Perche : Préventorium du Nid des Bois, 40 lits, garçons, public, réservé à l'Office d'Hygiène de la Seine.

Manon : Préventorium du Nid des Bois, 80 lits, filles, département de la Seine.

FINISTÈRE. — *Morlaix* : Préventorium du Porsmeur, école de plein air pour enfants et femmes, 100 places, privé, M^{me} Post.

GIRONDE. — *Gradignan* (Préventorium de) : 60 lits, mixte, privé, 4 francs par jour, Docteur Durand, 9, Rue de Grassi, Bordeaux.

Lacanau : Préventorium-sanatorium du Montchic, 500 lits, enfants, mixte, populaire, 5 francs par jour, Association des Dames Françaises de Bordeaux.

Martillac : Préventorium-orphelinat, 60 lits, jeunes filles, 3 francs, privé.

ILLE-ET-VILAINE. — *Saint-Coulomb* : Préventorium de la Motte, 25 lits, garçons, 2 francs par jour, départemental.

INDRE. — *Pellevoisin* : Préventorium asile des Besses, 50 lits, garçons, 3 francs par jour, privé. Œuvre de M^{lle} Bonjean, 34, Rue Montparnasse, Paris.

INDRE-ET-LOIRE. — *Tours* : Préventorium, école de plein air de Beau Site, 50 enfants, Croix-Rouge U. F. F..

LOIRE. — *Verrières* : Préventorium départemental, 60, mixte, public.

LOIRE (Haute). — *Chavaniac* : Préventorium Lafayette, 30, garçons, Œuvre américaine, 24, Rue Marbeuf, Paris.

LOIRE-INFÉRIEURE. — *Varades* : Préventorium du Coteau, 35, jeunes filles, 6 francs par jour, privé, 9, Rue de l'Ecluse, Nantes.

Mindin : Préventorium départemental, 200 lits, enfants, mixte.

LOIR-ET-CHER. — *Salbris* : Pouponnière préventorium de Remarday, 12 berceaux, gratuit, privé, admission par l'Office Public d'Hygiène de la Seine.

Onze centres de placement familial de l'Œuvre Grancher de Paris, enfants de 3 à 14 ans.

MAINE-ET-LOIRE. — *Chambellay* (Préventorium de) : 12 lits, garçons, privé.

MAYENNE. — *Laval* : Maison des Enfants, 40 lits, mixte, privé, 5 francs par jour.

MORBIHAN. — *Kerpape* : Institut marin, préventorium, 800 lits,

- enfants et adultes, 5 francs par jour, populaire, Union mutualiste du Morbihan.
- Rhuys* : Préventorium de Tumiach, 20 lits, garçons, privé, 6 francs par jour.
- Rhuys* : Préventorium de Suscinio, 60 lits, femmes et enfants, privé, 92, Rue du Moulin-Vert, Paris.
- NORD. — *Bailleul* : (Préventorium de) : 30 lits, mixte, populaire, Union des Femmes de France.
- ORNE. — *Glazes* : (Préventorium de) : 140 lits, mixte, populaire, Office d'Hygiène de la Seine.
- PYRÉNÉES (Basses). — *Hendaye-Plage* : Préventorium du Nid Marin, 40 lits, mixte, 4 francs par jour, privé. Œuvre de l'U. F. F., 6, Rue Gachet, Pau.
- Saint-Etienne-de-Baigorny* : Aérium de Banca, enfants et jeunes filles, privé, 10 à 16 francs par jour.
- Orthes* : Centre de placement familial, pour 600 enfants de la Seine, placés par l'Office public d'Hygiène de la Seine.
- PYRÉNÉES (Hautes). — *Argelès* (Préventorium d') : 30 lits, fillettes, public, départemental.
- PAS-DE-CALAIS. — *Berck* : Préventorium Vincent, 200 lits, mixte, public, enfants de Roubaix et Tourcoing.
- PUY-DE-DÔME. — *Vertaison* : Préventorium Saint-Jean, 30 lits, femmes, enfants, privé. Œuvre des Dames Limousines, 15, Rue des Carmes, Paris.
- RHIN (Bas). — *Neuhof* : Maison de Convalescence, 50 lits, femmes, enfants, gratuit, Ville de Strasbourg.
- RHÔNE. — *Cuire* (Préventorium de) : 50 lits, garçons, 5 francs par jour, privé.
- Charly* : Maison des Enfants, 50 lits, filles, 5 francs par jour, privé, Docteur Mouisset, Lyon.
- Vaugneray* : Préventorium de l'Aube Rose, 20 lits, fillettes, gratuit. Docteur Mouisset, Lyon.
- SAVOIE. — *Saint-Pierre-d'Albigny* : Préventorium de Fréterive, femmes et jeunes filles de la Savoie, public.
- SAVOIE (Haute). — *Sallanches* : Préventorium Sainte-Anne, 30 lits, mixte, privé, populaire, M^{me} Louis Viellard, Morvillars (Haut-Rhin).
- Etrembières* : Préventorium, privé, populaire, 290 lits, enfants des deux sexes, 5 francs par jour.
- SEINE. — *Paris* : Maison des Tout-Petits, 93, Rue Michel-Ange, 45 berceaux, Office Public d'Hygiène de la Seine.
- Plessis-Robinson* : Préventorium Trudeau, 225 lits, enfants

des deux sexes, public, département de la Seine, 9, Place de l'Hôtel-de-Ville, Paris.

Bry-sur-Marne : Ecole de Plein-Air Léopold Bellau, 50 lits, garçons, gratuit, Office Public d'Hygiène de la Seine.

SEINE-ET-OISE. — *Champrosay* : Préventorium Minoret, 200 lits, femmes et fillettes, privé, 5 fr. 50 par jour. Œuvre de Villepinte, 25, Rue de Maubeuge, Paris.

Ballainvilliers : Préventorium de La Tourelle, 40 lits, enfants, mixte, privé, 5 francs par jour. Œuvre des Tuberculeux adultes, 65, Rue Vercingétorix, Paris.

Forges-les-Bains : Préventorium, hôpital des enfants convalescents, 275 lits, mixte, Assistance Publique de Paris.

Viroflay : Préventorium La Ruchette, 18 lits, jeunes filles, privé, 5 francs par jour.

Groslay : Préventorium Bon Accueil, 45 lits, femmes et enfants, public, Office Public d'Hygiène de la Seine.

Méry-sur-Oise : Œuvre des Bons Enfants, 20 lits, mixte, gratuit.

SEINE-INFÉRIEURE. — *Canteleu* : Préventorium départemental, 120 lits, mixte, public.

VAR. — *Salernes* : Préventorium public, 100 lits, enfants, mixte, 5 francs par jour, admission par la Préfecture du Var.

VOSGES. — *Isches* : Préventorium d'Isches, Œuvre Léopold Bellan, 50 lits, garçons, admission par l'Office Public d'Hygiène de la Seine.

Hôpitaux-Sanatoriums pour Tuberculose chirurgicale

ALPES (HAUTES). — *Briançon* : Hôpital Militaire pour tuberculose chirurgicale, 150 lits, hommes, Ministère de la Guerre.

ALPES-MARITIMES. — *Tourette-sur-Loup* : Sanatorium des Courmettes, privé, 60 lits, enfants et femmes, 12 à 30 francs par jour.

Cannes : Sanatorium Marin des Araucarias, privé, 45 lits, filles de 4 à 30 ans, 10 francs par jour, boulevard de Lérins.

Sanatorium Santa-Maria, privé et public, 70 lits, fillettes, 10 francs par jour.

Nice : Hôpital Militaire pour tuberculose chirurgicale, 150 lits, hommes. Ministère de la Guerre.

BOUCHES-DU-RHÔNE. — *Marseille* : Sanatorium Jean-Martin, public, 32 lits, mixte, enfants, gratuit, Commission des Hospices de Marseille.

- Sanatorium de la Maison-Blanche, privé, enfants et adultes, à partir de 16 francs, boulevard Martin-Saint-André.
- CALVADOS. — *Saint-Aubin-sur-Mer* : Sanatorium « Les Enfants heureux », 90 lits, garçons de 4 à 14 ans, gratuit, Office d'Hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris.
- CHARENTE-INFÉRIEURE. — *Saint-Trojan* : Sanatorium public et privé, 300 lits, enfants, mixte, 6 francs par jour, Œuvre des Sanatoriums maritimes, 62, rue de Miromesnil, Paris.
- DOUBS. — Maison d'enfants des Salins de *Brégille*, privé, 200 lits, mixte.
- FINISTÈRE. — *Roscoff* : Sanatorium marin, privé, 300 lits, enfants, mixte, 3 à 5 francs par jour.
- GIROUDE. — *Arcachon* : Sanatorium du Moulleau, privé, 85 lits, enfants, mixte, 4 francs par jour, Maison de Santé Protestante de Bordeaux, 59 bis, Pavé des Chartrons.
 Institut Lalesque, privé, 20 lits, mixte, 30 francs par jour.
 Sanatorium Maritime, privé, 400 lits, enfants, mixte. 4 francs par jour.
 Aérium d'Arcachon, privé, 20 lits, fillettes, 10 à 25 francs par jour.
Lacanau : Sanatorium « Montchic », privé, 500 lits, enfants, mixte, 5 francs par jour, Comité de l'A. D. F. de Bordeaux.
Arès : Aérium d'Arès, privé, 100 lits, enfants, mixte, M^{me} Wallerstein.
- HÉRAULT. — *Palavas* : Institut Saint-Pierre, privé, 64 lits, enfants, *Montpellier* : Hôpital Militaire, 30 lits, hommes, Ministère de la Guerre.
- ILLE-ET-VILAINE. — *Minihic-sur-Rance* : Hôpital Marin, public, 40 lits, adultes, mixte, 7 à 12 francs par jour.
- LANDES. — *Capbreton* : Sanatorium privé, 160 lits, enfants, 5 francs par jour.
- LOIRE-INFÉRIEURE. — *Pen-Bron* : Hôpital Marin, privé, 600 lits, enfants, mixte, 4 francs par jour.
- MORBIHAN. — *Kerpape* : Sanatorium privé, 1.000 lits, enfants et adultes, mixte, 5 à 10 francs par jour, Union Mutualiste de Lorient.
- NORD. — *Zuydcoote* : Sanatorium privé, aidé des Pouvoirs publics, enfants et adultes, mixte, 8 à 11 francs par jour.
Wormhoudt : Sanatorium pour tuberculose pulmonaire, public, enfants, mixte, 320 lits, 8 francs par jour.
- PAS-DE-CALAIS. — *Berck-Plage* : Hôpital Maritime de la Ville de Paris, public, 1.100 lits, enfants, mixte, Assistance Publique de Paris.

Hôpital Cazin-Perrochaud, privé, 400 lits, enfants, mixte, 4 à 6 francs par jour, M^{me} la Supérieure de l'Hôpital.

Villa de la Santé, privé, 150 lits, enfants et adultes, mixte, 8 à 30 francs par jour.

Sanatorium Rothschild, privé, 80 lits, enfants, Hôpital Rothschild, rue Santerre, Paris.

Cottage des Dunes, privé, 200 lits, enfants et adultes, mixte, 9 à 40 francs, D^r Calvé.

Hôpital Militaire n° 43, 200 lits, hommes, Ministère de la Guerre.

Maison et Institut Notre-Dame, privé, 300 lits, mixte, 4 à 20 francs par jour.

Villa Saint-Hilaire, privé, 100 lits, femmes et enfants, 10 à 25 francs par jour.

Diverses Maisons de Familles et Villas, privées, environ 500 lits, mixte, 8 à 25 francs par jour.

Sanatorium Bouville, privé, 150 lits enfants, 300 lits adultes, mixte, 8 francs par jour.

Sanatorium de l'Oise, privé, 260 lits, enfants, mixte, jusqu'à 20 ans, 5 à 10 francs par jour, malades de toutes provenances.

Institut orthopédique de Saint-François-de-Sales, privé, 450 lits, enfants et adultes, mixte, 6 à 40 francs par jour.

Sanatorium franco-américain « Les Abeilles », privé, 100 lits, enfants, mixte, gratuit, 77, rue d'Amsterdam, Paris. (Pour régions dévastées.)

Villa « Etoile-de-la-Mer », privé, 150 lits, mixte, 6 à 15 francs par jour.

PYRÉNÉES (BASSES). — *Hendaye* : Sanatorium d'Hendaye, public, 658 lits, enfants, mixte, Assistance Publique de Paris.

Bidart-Ilbarritz : Hôpital Militaire, 150 lits, hommes, Ministère de la Guerre.

Salies-de-Béarn : Etablissement Saint-Joseph, privé, enfants, mixte, 6 à 8 francs par jour, boulevard de Paris.

PYRÉNÉES-ORIENTALES. — *Banyuls-sur-Mer* : Sanatorium Maritime, privé, 250 lits, enfants, mixte, 6 francs par jour, Œuvre des Sanatoriums Maritimes pour Enfants, 52, rue de Miromesnil, Paris.

VAR. — *Toulon* : Hôpital Sanitaire Saint-Mandrier, 100 lits, hommes, Ministère de la Marine.

Giens-Hyères : Sanatorium Renée Sabran, public, 190 lits, enfants, mixte, Administration des Hospices civils de Lyon.

Croix-de-Cavalaire : Sanatorium de Sylvabelle, privé, 140

lits, enfants, mixte, gratuit, M^{me} Gillet-Motte, 2, boulevard des Belges, Lyon. (Pour régions dévastées.)

Plage d'Hyères : Institut Hélio-Marin de Valmer, privé, 40 lits, enfants et adultes, 12 à 40 francs par jour, D^r Jaubert.

Carqueiranne : Sanatorium de la Colonie Franco-Britannique, privé, 35 lits, enfants.

RHIN (HAUT-). — *Neuhof* : Hôpital orthopédique, privé, 100 lits, enfants, mixte, gratuit.

Colonies sanitaires. — Écoles de rééducation

AUDE. — *Campagne-les-Bains* : Sanatorium. Ecole de Rééducation pour tuberculeux, 190 lits, hommes, gratuit, Office des Mutilés, Anciens Militaires tuberculeux. Annexe de l'Hôpital sanitaire 50 lits, hommes, Union des Femmes de France, Sous-Direction n° 59.

CHARENTE-INFÉRIEURE. — *Tonnay-Charente* : Colonie sanitaire, direction technique du D^r Bouloumie à Paris, U. F. F.

CORRÈZE. — *Boulou-les-Roses*, par *Turenne* : Ecole de Réadaptation, 70 lits, gratuit, Office des Mutilés, Réformés n° 1 de 22 à 40 ans, Office National des Mutilés et Réformés, aux Invalides.

LOIRE-INFÉRIEURE. — *Château de la Placelière*, par *Château-Thébaud* : Ferme-Ecole de Rééducation de la Ville de Nantes, public, 50 lits, hommes, gratuit.

SEINE. — *Villejuif* : Villa des Champs, privé, 30 lits, femmes guéries ou améliorées, gratuit, Maisons Américaines de Convalescence, 21, quai Bourbon, Paris.

SEINE-ET-OISE. — *Château de Sillery*, *Savigny-sur-Orge* : Colonie Franco-Britannique de Convalescents, privé, 80 lits, hommes, 7 francs par jour, tuberculeux pulmonaires guéris ou très améliorés. Fondé par un Comité anglais pour rééducation agricole.

YONNE. — *Château de Passy*, par *Véron* : 140 lits, 30 pour rééducation, hommes, gratuit, Office National des Mutilés, 20 lits réservés pour le département de Seine-et-Marne.

Législation antituberculeuse

APERÇU HISTORIQUE DU STATUT LÉGAL DES DISPENSAIRES

L'idée de combattre le péril tuberculeux en France ne date pas, comme on a trop tendance à le croire aujourd'hui, de la promulgation de la loi du 15 avril 1916.

Bien avant la guerre, des esprits clairvoyants émus des dangers que courait la race française du fait de la propagation du fléau, avaient jeté le cri d'alarme, et les Commissions d'hygiène de la Chambre et du Sénat furent fréquemment obligées d'étudier des projets de loi dont le but était : le dépistage des cas contagieux, l'éducation prophylactique de l'entourage, le traitement thérapeutique et diététo-hygiénique des cas curables, et enfin l'étude de toutes les questions intéressant la lutte contre la tuberculose. Mais la législation effective ne date en fait que de la guerre.

Il n'est pas sans intérêt de passer en revue d'une façon rapide les différents projets qui ont été proposés aux Chambres et dont quelques-uns ont abouti à la promulgation de la loi actuellement en vigueur.

Le 22 décembre 1898, M. Emile Dubois dépose un projet de loi ayant pour objet « la création, dans chaque département, d'un ou plusieurs laboratoires de recherches bactériologiques, destinés à combattre et à prévenir les maladies contagieuses, en particulier la tuberculose ».

En 1902, la loi générale sur l'hygiène mentionne la tuberculose, mais particulièrement pour la classer comme maladie à déclaration facultative !

Le 27 octobre 1903, M. Flourens présente une proposition de loi « tendant particulièrement à l'octroi de primes aux villes pour l'établissement de dispensaires antituberculeux ».

Le 6 février 1900, M. Fleury-Ravarin dépose une proposition de loi tendant « à créer un Institut National antituberculeux ».

Le 21 janvier 1901, M. Amodru fait un rapport « sur les mesures à prendre pour arrêter les progrès de la tuberculose »,

Ce rapport serait à citer en entier, tant il présente d'intérêt, même à l'heure actuelle, au point de vue statistique et technique. C'est probablement le premier document scientifique et exact qui ait paru en France sur la question. Nous ne pouvons résister à l'envie de reproduire les conclusions générales qui terminent ce travail :

« La Commission émet les vœux suivants :

1° Que l'Etat fasse apposer dans tous ses locaux l'affiche por-

tant interdiction de cracher par terre et avertissement que tout contrevenant sera expulsé;

2° Que l'Etat fasse placer dans tous ses locaux des crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, surmontés d'une affiche portant « crachoir hygiénique; il est interdit de cracher à terre »;

3° Que l'Etat supprime dans ses locaux le balayage à sec et le remplace par le balayage humide obligatoire;

4° Que l'Etat impose à tout son personnel un carnet sanitaire individuel;

5° Que l'Etat établisse pour chacune de ses collectivités, une statistique annuelle de la morbidité et de la mortalité par catégories;

6° Que les communes créent des *dispensaires antituberculeux*;

7° Que l'Etat et les collectivités favorisent parmi leur personnel la création d'assurances mutuelles contre la maladie et l'adhésion aux compagnies d'assurance contre la maladie, spécialement contre la tuberculose;

8° Que l'Etat crée des *sanatoriums d'Etat* pour la cure de ses agents touchés par la tuberculose;

9° Que l'Etat favorise par tous les moyens possibles la propagande en faveur de la prophylaxie antituberculeuse (imprimés, conférences, œuvres d'assistance aux tuberculeux); qu'il crée, en particulier, une commission technique antituberculeuse permanente ».

Le 12 février 1914, un groupe de députés : MM. Devèze, Joseph Reinach, Henri Coutant, Maurice Spronck, Colliard, François Fournier, Mauger, François Coreil, Lavaud, Roux-Costadau, Duclaux-Monteil, Molle, Louis Guislain, Péchadre, Roblin, Raffin-Dugens, Thivrier, Marietton, Guernier (Ille-et-Vilaine), Lefol, Vian, Guiraud, Trouvé, Charles Heuzey (Nièvre), Merle, Colly, proposent une loi « tendant à la création de dispensaires antituberculeux dans les principaux centres ».

On étudie les différents moyens de lutte contre la tuberculose et d'une façon précise le dispensaire tel qu'il est agencé et tel qu'il fonctionne à Lille. Mais on ignorait à cette date le mécanisme du dispensaire adopté par les Américains et on n'avait pas compris encore toute l'utilité de la visiteuse d'hygiène sociale; il fallait la venue en France de la Mission Rockefeller pour faire éclater aux yeux des plus incrédules tous les avantages et la nécessité de cette admirable institution. Malgré cela, on entrevoyait d'une façon très claire la nécessité de créer des centres de dépistage et d'éducation prophylactique pour combattre le fléau. Les auteurs de

cette proposition réclament la *création de 400 dispensaires* et l'inscription, dès cette année, dans le budget, « d'un crédit de 2.400.000 francs pris sur le Pari Mutuel pour subventionner jusqu'à concurrence de la moitié des dépenses, limitées à 12.000 francs pour chacun de ces dispensaires ».

Ce ne fut qu'en 1920 que le budget des dispensaires et laboratoires fut porté de **300.000** francs à **3 millions**, grâce à l'amendement de la loi des finances proposé par M. de Rothschild, après une démarche heureuse que firent les délégués de la Mission Rockefeller auprès des Comités départementaux antituberculeux organisés et de leurs parlementaires.

Pas une ligne n'est consacrée au mode d'organisation de ces dispensaires; c'est une lacune regrettable qui, certainement, aurait été comblée plus tard, mais on prévoyait déjà la création d'un *Office Central* indispensable pour donner à l'œuvre toute son efficacité. Il est dit, en effet, qu'« un Office central est indispensable pour une direction générale qui, en laissant à chaque dispensaire l'autonomie dont il aura besoin pour se plier aux circonstances et aux conditions de temps et de lieux, lui assurera les indications qui fortifieront son œuvre en évitant la dispersion des initiatives ». On aurait pu ajouter « qui pourra également, par l'intermédiaire d'inspecteurs médicaux spécialisés en la matière, surveiller les méthodes employées, en faire adopter des modifications, si nécessaire, et contrôler le bon emploi des fonds publics engagés dans un but bien déterminé ».

La composition de cet « Office Central » n'échapperait pas à la critique. Nous la donnons cependant. Cet Office Central sera administré, dit le projet de loi, par un Conseil composé de :

- 3 députés;
- 2 sénateurs;
- 2 délégués du Ministère du Travail;
- 2 délégués du Ministère de l'Intérieur;
- 1 représentant du préfet de la Seine;
- 1 représentant du préfet de police;
- 2 membres délégués par la Fédération nationale de la mutualité;
- 12 membres désignés par les Conseils d'administration des dispensaires.

LA LÉGISLATION ACTUELLE

La législation antituberculeuse en France ne date en fait que de la guerre.

Le 18 octobre 1915, sur les instances de la Commission permanente de préservation antituberculeuse au Ministère de l'Intérieur, et du service de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, le Parlement vote une loi sur l'assistance aux militaires tuberculeux réformés ou en instance de réforme. Un premier crédit de deux millions permet l'établissement de plusieurs « stations sanitaires », c'est-à-dire de sanatoriums de fortune, ouverts aux militaires réformés. Le ministère de la Guerre suivit l'exemple, et des hôpitaux militaires sanitaires furent créés pour les tuberculeux dans l'armée.

Suivant la création de ces établissements, le ministère de l'Intérieur proposa aux préfets de créer dans chaque département, un comité privé pour assister les réformés, à leur retour au foyer. C'était les *Comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux*, qui fonctionnaient comme ils pouvaient, sous la haute direction générale du *Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux*, présidé par M. Léon Bourgeois.

Enfin vient la loi instituant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, loi du 15 avril 1916, dite loi Léon Bourgeois.

La loi du 15 avril 1916. — Cette loi régit encore, à l'heure actuelle, le fonctionnement des dispensaires d'hygiène sociale en France. Après une lecture attentive de cette loi, on est convaincu que l'idée du législateur était de créer des établissements *publics* avec, pour règles générales d'administration, celles fixées pour les offices d'habitations à bon marché, par les articles 14 à 21 de la loi du 23 décembre 1912.

La loi du 15 avril 1916, sur les dispensaires d'hygiène sociale, *ne prévoit pas d'organisation départementale*. Elle ne rend le dispensaire obligatoire que pour les communes à mortalité tuberculeuse plus élevée que la moyenne pendant cinq années consécutives et par un mécanisme compliqué de décrets et d'avis, alors que la loi du 7 septembre 1919, sur les sanatoriums, rend le sanatorium obligatoire pour chaque départe-

ment et relie obligatoirement le sanatorium à un dispensaire. Elle est donc déjà incomplète de ce fait.

Elle prête, d'autre part, à confusion sur le sens du mot « dispensaire » ; elle désigne par ce mot, tantôt la personne morale, tantôt l'établissement matériel. Il serait bon de désigner la personne morale sous le nom d' « Office ou Comité » et de réserver le nom de « dispensaire » à l'établissement matériel : un office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse peut créer des dispensaires, des sanatoriums, des préventoriums, etc.

Selon la loi, il peut être créé dans tous les cas un des types suivants de dispensaires :

1° Le *Dispensaire Public* (article 1), autonome, jouissant de la personnalité civile, ayant son propre budget, couvert par l'Etat, le département et les communes. Mais la loi qui semble avoir voulu favoriser cette institution, contient des clauses, qui, en fait, la rendent inopérante :

a) Les formalités d'institution prévues par l'article 3 sont invraisemblablement compliquées, c'est-à-dire par décret rendu après enquêtes et avis du Conseil général, des Conseils municipaux intéressés, du Conseil départemental d'hygiène, etc.

b) Le Conseil d'administration prévu par l'article 4 est composé d'une façon trop rigoureusement déterminée et trop étroite.

c) La participation des fonds publics aux frais de fonctionnement telle qu'elle est fixée par l'article 7, est compliquée, imprécise et trop limitée, surtout en ce qui concerne la participation de l'Etat.

2° Le *Dispensaire privé*, créé par une association privée établie selon la loi sur les associations de 1901, gérée par un Conseil d'administration, entièrement autonome, ne jouissant pas de la personnalité civile, mais pouvant être déclarée d'utilité publique. C'est aussi le type du dispensaire privé mutualiste. La participation financière de l'Etat, du département et des communes n'est que facultative, mais ne peut être refusée

a priori. Cette Association départementale crée les dispensaires antituberculeux privés selon l'article 9 de la loi de 1916. Cette formule est large, donne toute liberté d'action au Comité et les dispensaires peuvent être subventionnés par les pouvoirs publics.

3° Le dispensaire créé par une administration ou un établissement public, commune ou département (article 10). Exemple : Office départemental tel qu'il existe dans la Seine. C'est alors un *service public départemental*, institué par délibération du Conseil général et arrêté préfectoral, dont le budget est incorporé au budget départemental et qui est placé directement sous l'autorité du préfet.

On peut essayer de lui donner une autonomie de fait en prévoyant dans les statuts un Conseil de Surveillance, sorte de comité départemental comprenant toutes les compétences techniques désirables et chargé de donner son avis sur toutes les questions.

Mais ce Comité ou Conseil ne peut avoir légalement que *voix consultative*. C'est le préfet qui juge en dernier ressort. Rien ne l'oblige à suivre les avis du Comité. Ce type est le plus sûr au point de vue financier, mais la coopération avec l'initiative privée n'est pas suffisamment prévue.

4° Un Comité ou Office départemental, type administratif, se constitue, qui établit des dispensaires et comités locaux privés. Ceci est une combinaison de la formule du dispensaire privé et du dispensaire administratif.

La loi de 1916, sur les dispensaires, est loin d'être parfaite ou complète et devrait être révisée ou refondue.

Loi sur les sanatoriums. — La loi sur les dispensaires fut suivie par la loi du 7 septembre 1919, dite loi Honnorat, « instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades de ces établissements ». Cette loi fut complétée par un décret du 10 août 1920, relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums publics et privés.

Un projet de loi, déposé le 27 mars 1923, demande à étendre aux préventoriums les bénéfices accordés aux sanatoriums par la loi Honnorat du 7 septembre 1919; et dès 1925, les crédits destinés aux sanatoriums sont affectés aussi bien aux préventoriums.

Type de Statuts (1)
d'un Comité départemental d'hygiène sociale
et de préservation antituberculeuse

Formule d'association déclarée

STATUTS

TITRE I

Association, But et Composition.

ARTICLE PREMIER. — *But.* — Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901 et avec les avantages prévus par la loi du 15 avril 1916, relative aux dispensaires, une Association ayant pour but de susciter, d'organiser et de poursuivre la lutte contre les maladies sociales, particulièrement la tuberculose, sur l'ensemble du territoire du département de; de préserver la population du département et de combattre la propagation de ces maladies par tous les moyens dont l'efficacité aura été démontrée.

Cette Association s'attachera avant tout à constituer dans le département l'armement antituberculeux complet : les dispensaires d'hygiène sociale, les hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, les autres établissements et œuvres destinés au dépistage, au traitement, à l'isolement ou au placement des malades ou de leurs familles.

Elle dirigera elle-même les œuvres et établissements ainsi créés, ou bien elle les fera gérer par d'autres organismes constitués; dans tous les cas, elle aura la haute direction générale, la centralisation et la répartition des subventions et la surveillance du fonctionnement technique de toutes les œuvres et institutions de défense.

L'Association collaborera avec les autres œuvres antituberculeuses ou ayant pour but d'améliorer l'hygiène générale (Œuvre Grancher, consultations de nourrissons, colonies de vacances, écoles de plein air, habitations à bon marché, etc.) dont elle coordonnera l'action générale.

(1) Préparés par le Bureau d'organisation départementale de la Mission Rockefeller.

Elle se tiendra en liaison constante avec les services publics départementaux et municipaux, d'hygiène et d'assistance, ainsi qu'avec les services d'hospitalisation des malades : services d'isolement, sanatoriums.

Son action dans le département sera poursuivie, et son programme sera exécuté, dans une circonscription donnée, par des « *comités locaux* » d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, autonomes, mais agréés et affiliés à l'Association départementale, ou bien par des *commissions locales* de dispensaires, ou d'arrondissement, spécialement nommées et déléguées dans la circonscription par l'Association départementale.

L'Association départementale s'affiliera au Comité National de Défense contre la Tuberculose, et sera en relations avec le ministère de l'Hygiène auquel, par l'intermédiaire du préfet, elle adressera annuellement un compte rendu de son fonctionnement technique et une prévision de budget, en vue de subventions sur les fonds votés par le Parlement. Elle adressera au Comité national, un rapport mensuel statistique du travail des dispensaires dans le département.

ART. 2. — *Nom, siège et durée.* — L'association prend le nom de : « Association Départementale (ou Comité Départemental) d'Hygiène Sociale et de Préservation Antituberculeuse du » (nom du département).

Le siège est à (généralement au chef-lieu et à la préfecture). Sa durée est illimitée.

ART. 3. — *Composition.* — L'Association fait appel à tous les concours et toutes les bonnes volontés, sans distinction de partis, d'opinions ou de croyances.

L'Association se compose de *membres adhérents* (cotisation annuelle de 5 francs), de *membres titulaires* (cotisation annuelle de 20 francs), de *membres donateurs* (cotisations de 100 francs au minimum annuellement), de *membres bienfaiteurs* (cotisation unique, minimum de 500 francs).

L'Association pourra comprendre des membres d'honneur.

Le titre de *membre d'honneur* est conféré par le Conseil d'administration aux personnes ou collectivités qui ont rendu ou rendent d'importants services à l'Association et à la cause antituberculeuse.

Cessent de plein droit de faire partie de l'Association les membres qui n'ont pas payé leur cotisation depuis plus d'une année.

Des *membres de droit* pourront faire partie de l'Association et du Conseil d'administration. Ce sont des membres dont le versement d'une cotisation annuelle n'est pas exigée, en vue de leurs fonctions; membres du Parlement, fonctionnaires, conseillers généraux, membres délégués de comités locaux ou d'œuvres et établissements affiliés.

TITRE II

Finances

Dotations — Fonds de réserve — Ressources et charges annuelles

ART. 4. — Le patrimoine de l'Association se compose :

1° Des fonds de la dotation;

- 2° Des fonds de réserve;
- 3° Des ressources annuelles.

La Dotation comprend :

- a) Les immeubles nécessaires au but poursuivi par l'Association;
- b) Les capitaux mobiliers qui font partie de la Dotation de l'Association;
- c) Les capitaux provenant des libéralités, à moins que l'emploi immédiat n'en ait été autorisé;
- d) Les sommes versées pour le rachat des cotisations;
- e) Le dixième au moins, annuellement capitalisé, du revenu des biens de l'Association.

Les capitaux mobiliers compris dans la dotation sont placés en valeur nominative de l'Etat français ou en obligations nominatives dont l'intérêt est garanti par l'Etat.

Un *fonds de réserve* sera constitué pour les besoins immédiats et imprévus de l'Association. Le montant en sera déterminé par le Conseil d'administration au commencement de chaque exercice.

ART. 5. — *Ressources de l'Association.* — Les ressources de l'Association se composent :

- 1° des souscriptions et des cotisations de ses membres;
- 2° des subventions qui pourront lui être accordées en vertu des lois existantes et notamment par application de la loi du 15 avril 1916, tendant à instituer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, et spécialement des subventions qui doivent lui être attribuées par le ministère de l'Hygiène, l'Etat, le département, les communes, etc.;

3° des rétributions fixes annuelles qu'elle pourra recevoir : des industriels ou chefs de maison de commerce à la suite des conventions verbales ou écrites passées en vue d'assurer le dépistage prévu de la maladie et la prophylaxie nécessaire parmi leurs ouvriers ou employés; de la quote-part payée par les sociétés de secours mutuels ou par tout groupement dont le personnel ou les membres seront examinés et diagnostiqués par les dispensaires de l'Association; ou encore la modalité de ces rétributions fera l'objet de conventions spéciales entre les intéressés et le Conseil d'administration du dispensaire qui les prendra en charge;

4° des ressources exceptionnelles qu'elle pourra se créer avec l'agrément de l'autorité compétente (quêtes, conférences, tombolas, concerts, bals, spectacles);

5° du revenu de ses biens et du revenu des fonds placés, sauf le 1/10 réservé à la Dotation);

6° des dons, legs, et libéralités (quand l'Association aura été reconnue d'utilité publique).

ART. 6. — Une comptabilité denier, par recettes et par dépenses, sera tenue au jour le jour par chaque comité local de dispensaire et formera un chapitre spécial dans l'ensemble de la comptabilité de l'Association départementale.

Charges. — Les charges de l'Association départementale comprennent :

1. Les frais d'administration générale, traitement du personnel de tout ordre, frais techniques médicaux et sociaux, frais de déplacements des médecins et des infirmières-visiteuses, frais d'organisation, de propagande, de surveillance départementale des dispensaires.

2. Les frais de centralisation des renseignements de tout ordre nécessaires au fonctionnement du comité central : fichier central médico-technique, fichier central des œuvres de bienfaisance et d'assistance.

3. Les subventions allouées aux Comités locaux ou Commissions locales de dispensaires pour couvrir le fonctionnement du service médical, technique et social des dispensaires (médecins, visiteuses, prophylaxie, etc.).

4. Les secours attribués aux anciens militaires réformés pour tuberculose. Ceux-ci font l'objet d'une comptabilité spéciale.

5. Subventions allouées aux établissements, aux œuvres dont la collaboration est utile au Comité (laboratoire, Œuvre Grancher...).

6. Fondation et entretien de laboratoires, de centres d'examen radiologique ou laryngologique s'il y a lieu.

ART. 7. — *Placement de fonds.* — Les fonds seront placés en bons du Trésor français ou bons de la Défense nationale, en rentes sur l'Etat français ou en obligations de chemin de fer de l'Etat ou des Grandes Compagnies. L'argent nécessaire aux dépenses courantes devra être déposé en compte courant dans une banque aux soins du trésorier et du président du Comité.

TITRE III

Conseil d'administration — Bureau technique — Assemblées Générales.

ART. 8. — *Composition du Conseil.* — L'Association est administrée par un Conseil d'administration élu en Assemblée Générale dans la forme qui sera décrite plus loin et pourra être composé :

1° de quinze membres élus pour 6 ans par l'Assemblée et dont le mandat est renouvelable; les dames sont éligibles;

2° de membres invités et nommés à siéger dans le Conseil en raison de leurs fonctions. Ces membres pourront être :

Le préfet,

Le président et quatre membres du Conseil Général désignés par leurs collègues;

L'inspecteur départemental des Services d'Hygiène;

Le directeur de l'Assistance publique;

Le président de l'Association des médecins du département et un médecin désigné par le Syndicat médical du chef-lieu du département;

Un délégué de chaque comité local assurant la gestion d'un ou plusieurs dispensaires du département;

Un délégué de chacune des œuvres affiliées ou agréées;

Le Président de la section des Pupilles de la Nation;

L'Inspecteur d'Académie et un représentant de l'enseignement libre désigné par l'Evêque du diocèse;

Le directeur de l'Ecole de Médecine, s'il y en a une;

Le Président de l'Association des Mutilés du département;

Un délégué du Comité de Patronage des Habitations à bon marché;

L'Inspecteur départemental du Travail;

Un délégué spécialement nommé pour chacune des Sociétés de Croix-Rouge Française;

Un délégué du Service de Santé de l'Armée;

Le Président de la Fédération des Sociétés de Secours Mutuels;

Un délégué de chacune des commissions des hospices dans le département;

Un délégué de la Fédération des Associations ouvrières ou syndicales du département;

Les Maires des principales villes ou centres industriels du département.

(Il est bien entendu que la nomination de ces membres est soumise au vote de l'Assemblée générale et que cette liste n'est donnée qu'à titre d'indication.)

3° *Membres avec voix consultative.* — Les médecins des dispensaires, des sanatoriums, des maisons de cure ou quartiers de tuberculeux agréés ou affiliés, et la visiteuse d'hygiène en chef du département seront convoqués à toutes les réunions du Conseil d'Administration ou du Bureau technique de direction et auront une voix consultative.

4° En outre, le Conseil d'Administration pourra s'adjoindre toute compétence qu'il jugera utile, à titre consultatif.

ART. 9. — *Bureau du Conseil d'Administration.*

1. Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, un Bureau composé de : un président, 2 vice-présidents, un secrétaire-général, un trésorier. Ce bureau est de droit celui de l'Assemblée générale : il est nommé pour 4 ans.

2. Le Conseil d'Administration exerce la haute direction sur le fonctionnement du Comité, il statue sur toutes les questions qui lui sont soumises.

Les membres du Conseil d'Administration sont nommés pour 6 ans. Ils sont renouvelables et toujours rééligibles, tous les deux ans et par tiers. Exceptionnellement, au début, le premier tiers sera soumis à la réélection au commencement de la troisième année.

En cas de vacance par décès ou démission, le Conseil pourvoit au remplacement de ces membres sauf ratification par la prochaine Assemblée générale.

Le Conseil d'administration se réunit en principe tous les trois mois ou six mois, et, exceptionnellement, sur demande du Président ou du quart de ses membres. Le Conseil d'administration nommera un Bureau technique de direction et diverses commissions chargées d'un travail spécial, dont le concours lui paraît utile.

ART. 10. — *Commissions spéciales.* — Afin de faciliter la tâche du Bureau technique, il pourra également être procédé, au sein du Conseil d'administration, à la nomination de 2 sous-commissions chargées chacune d'un travail spécial, pour l'ensemble du département.

1. Commission d'assistance, d'aide sociale et de propagande;

2. Commission des Finances. Celle-ci doit comprendre un membre délégué de chaque Comité local spécialement nommé à cet effet.

Ces Commissions travaillent en relations étroites et constantes avec le Bureau technique de direction.

Le Président du Conseil d'administration est membre de toutes les Commissions : il peut présider les différentes commissions du Comité, mais chaque Commission nommera un rapporteur qui aura la direction et la responsabilité du travail de la Commission. Le rapporteur convoquera sa Commission quand il le jugera nécessaire, en principe, tous les trois mois et après en avoir averti le Président. Il prépare

tous les rapports et enquêtes et soumet les propositions au nom de sa Commission, à l'approbation du Bureau technique.

ART. 11. — *Bureau technique de direction.* — En vue d'assurer l'exécution des décisions prises par le Conseil d'administration et d'exercer un contrôle effectif sur toute l'organisation départementale, un *Bureau technique de direction permanent* est institué. Ce Bureau technique est nommé par le Conseil d'administration qui lui délègue ses pouvoirs pour une période de six ans, au point de vue de la direction générale technique. Il remplit le rôle de Commission exécutive.

Il est composé de :

1. Du Président du Conseil d'administration qui sera le Président du Bureau technique de direction, des 2 vice-présidents, du secrétaire général et du trésorier, tous membres du Bureau du Conseil d'administration;

2. Un membre délégué de chaque Comité local des dispensaires locaux;

3. Deux membres choisis par le Conseil d'administration, dont un médecin;

4. L'Inspecteur départemental d'hygiène;

5. Deux conseillers généraux, dont un appartenant au Corps Médical, et l'autre qui sera, autant que possible, le rapporteur du budget départemental du Conseil général.

Un tiers au moins des membres du Bureau technique de direction doit appartenir à des Comités locaux en dehors du chef-lieu du département.

Le Bureau technique nommera, après avis du Conseil d'administration, un *secrétaire administratif permanent*, appointé, et au besoin, un ou plusieurs employés qui seront rétribués.

Le secrétaire administratif permanent et le secrétaire général du Bureau technique de direction, assisteront à toutes les réunions du Conseil et des diverses Commissions.

Le Bureau technique se réunit, en principe, une fois par mois et aussi souvent qu'il le juge utile. Il sera tenu, par un des secrétaires, un procès-verbal de chaque séance.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Pour délibérer valablement, le Bureau technique doit être composé de 4 membres au moins, s'il n'y a pas six membres présents; il ne peut délibérer que sur les questions portées à l'ordre du jour de la lettre de convocation.

ART. 12. — *Rôle du Bureau technique de direction.* — Le Bureau technique de direction a pour but principal de coordonner et de diriger tous les efforts de la lutte antituberculeuse dans le département dont elle a la direction technique générale. Si l'Association est reconnue d'utilité publique, le Bureau délibère sur l'acceptation des dons et legs.

Il répartit entre les comités locaux, et d'accord avec la Commission des Finances, qui lui aura présenté un rapport sur la question, après examen des budgets, les fonds que l'Association recevra de l'Etat, du département, des communes, des diverses Associations ou de particuliers.

Il approuve les comptes de l'exercice clos et prépare le budget du Comité en collaboration avec la Commission des Finances.

Il doit se tenir au courant du travail des dispensaires, leur donner

des directives et fixer, en collaboration avec le Comité national de Défense contre la tuberculose, les conditions des nominations des médecins et des visiteuses d'hygiène professionnelles et diplômées.

Il prend à sa charge le service de surveillance et d'inspection des dispensaires ainsi que les autres établissements antituberculeux affiliés, afin d'y assurer le meilleur fonctionnement technique, un service médical stable et compétent, un système uniforme de fiches et l'unité d'action nécessaire. Ce service d'inspection est fait ou dirigé par le secrétaire général du Comité, s'il est médecin, ou par le médecin inspecteur départemental des dispensaires (s'il en existe un), qui sont les agents naturels de liaison entre les Comités locaux et le Comité départemental. Ce fonctionnaire est le délégué du Bureau technique de direction devant les Comités locaux en ce qui concerne les services médicaux et sociaux; il doit lui rendre compte du résultat de ses tournées d'inspection.

Il assure la tenue d'un fichier médical départemental, en liaison avec l'inspection départementale d'hygiène.

Avec la Commission de propagande, le Bureau technique recherche les moyens d'accroître le nombre des membres de l'Association et de développer la propagande et l'éducation populaire pour intensifier la lutte contre la tuberculose.

Avec la Commission des Finances, il surveille l'emploi des fonds recueillis et leur répartition. Il étudie les moyens d'augmenter les ressources.

Il prend toutes les décisions nécessaires à la création de nouveaux dispensaires, sanatoriums, etc.

Il statue sur toutes les questions qui lui sont soumises par les Comités locaux.

Il propose, avec les médecins chefs de dispensaires, l'admission des malades aux sanatoriums, hôpitaux, hôpitaux-marins, etc., et celle des enfants aux préventoriums, colonies de vacances et écoles de plein air.

Il examine le rapport qui doit lui être présenté chaque trimestre par le secrétaire général sur la situation morale de l'Association.

Il coopère avec la Commission d'assistance pour la répartition des fonds de secours accordés aux tuberculeux civils et militaires, et s'il n'existe pas de Comité séparé, de patronage, d'assistance et d'aide sociale, il établit ou contrôle la liste des titulaires ayant droit aux fonds spéciaux destinés à cette catégorie de malades, ou qui proviennent de dons particuliers ou d'autres sources.

Le Bureau technique de direction décide dans la limite du mandat qui lui a été donné par l'Association, sur toutes les questions administratives. Il se tient en rapports constants avec les comités locaux des dispensaires, propose les subventions qu'il croit convenables, accepte ou résilie tous les baux, fait tous les emplois et aliénations de fonds et exerce, en un mot, tous actes de gestion et d'administration.

ART. 13. — *Rôle du Président.* — Le Président représentera l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il la représente vis-à-vis des pouvoirs publics.

Il signe, avec le secrétaire général, le compte rendu des séances. Il signe, avec le trésorier, les ordonnances de paiements et les aliénations de valeurs.

Il ordonne toutes les dépenses approuvées par le Bureau technique ou le Conseil d'administration.

Il surveille et assure l'exécution des statuts, il soumet toute proposition par délibération, ou vote, soit au Conseil d'administration, soit au Bureau technique, soit à l'Assemblée.

Il présente chaque année le compte rendu moral et financier de l'Association.

En cas d'empêchement, il est remplacé par un des vice-présidents.

ART. 14. — *Rôle du Trésorier.* — Le Trésorier dirige la comptabilité de l'Association. Il encaisse toutes les recettes et effectue les dépenses, avec quittances et décharges à l'appui. Il dépose les fonds disponibles dans une banque désignée par le Conseil d'administration et où un compte est ouvert au nom du Comité départemental d'hygiène sociale, et ne conserve en caisse que ceux nécessaires aux besoins immédiats de la gestion.

Il opère tous les retraits et en donne quittance. Il réalise les emplois de fonds et les aliénations de valeurs ordonnés par le Conseil d'administration et, pour les aliénations, signe avec le Président tous les bordereaux et décharges. Il fournit tous les six mois, aux séances du Conseil d'administration, un rapport sur la situation financière et demande son approbation. Les délibérations du Conseil relatives aux acquisitions, échanges et aliénations nécessaires au but poursuivi, par l'Association, baux excédant 9 années, aliénations de biens rentrant dans la dotation et emprunts doivent être soumises à l'approbation de l'Assemblée générale.

Les délibérations du Conseil d'administration relatives à l'acceptation des dons et legs ne sont valables qu'après l'approbation administrative donnée dans les conditions prévues par l'article 910 du Code civil et les articles 5 et 7 de la loi du 4 février 1901.

Les délibérations de l'Assemblée générale relatives aux aliénations de biens mobiliers et immobiliers dépendant de la dotation, à la constitution d'hypothèques et aux emprunts, ne sont valables qu'après approbation par décret simple.

Toutefois, s'il s'agit de l'aliénation de biens mobiliers et que leur valeur n'excède pas le vingtième des capitaux mobiliers compris dans la dotation, l'approbation du préfet est suffisante.

ART. 15. — *Assemblées générales.* — La réunion des membres adhérents, titulaires, donateurs, bienfaiteurs et d'honneur, constitue l'Assemblée générale. Tous y ont le même droit de vote. Sur la convocation du Conseil d'administration aura lieu, dans les trois premiers mois de l'année, une Assemblée générale où seront nommés les membres éligibles par cette Assemblée et où sera discuté un rapport annuel d'ensemble sur le fonctionnement de l'Association et sur la situation financière (en vue du rapport à soumettre au Conseil général pour sa deuxième session). Les convocations seront envoyées quinze jours à l'avance. L'Assemblée est constituée quel que soit le nombre des membres présents; on n'accepte pas les délégations ou les mandats.

Sur la demande du Bureau technique de direction ou du quart au moins des membres de la Société, d'autres assemblées générales peuvent être tenues dans le courant de l'année.

TITRE IV

Comités locaux. — Commissions locales de dispensaires

ART. 16. — *Rôle des Comités locaux.* — L'Association poursuivra son

action dans le département par l'intermédiaire de Comités locaux de dispensaires antituberculeux agréés par le Bureau technique de direction.

Ces Comités locaux ont pour mission de créer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation contre la tuberculose conformément à la loi du 15 avril 1916, dans chaque chef-lieu d'arrondissement et dans tout autre centre jugé nécessaire et indiqué par l'Association départementale.

Le Comité local peut être constitué comme une simple « *Commission locale des dispensaires de...* », nommée par l'Association départementale, et étant en fait l'organe de cette Association dans une circonscription donnée; il n'a alors aucune autonomie, et son budget entier est incorporé à celui de l'Association centrale départementale.

Il peut, au contraire, être constitué en association privée distincte, sous le régime de la loi de 1901 sur les associations, avec budget autonome, mais *affilié* au Comité départemental, qui lui procure des avantages importants, des subventions pour couvrir ses frais de fonctionnement technique. Les relations du Comité départemental et des Comités locaux sont réglées par les statuts et les règlements intérieurs qui définissent les obligations de part et d'autre.

La composition de ces Comités sera toujours faite dans l'esprit d'union sacrée, faisant appel à tous les concours et toutes les compétences.

Un dispensaire peut aussi être municipal, mutualiste, service public, ou appartenir à une firme industrielle ou commerciale. Dans tous les cas, le comité qui le dirigera pourra être affilié au Comité central départemental.

Lorsque le Comité local de dispensaire n'est pas autonome, mais simplement une « *Commission locale* » chargée du fonctionnement technique du dispensaire, il sera constitué auprès de ce dispensaire un *Comité de propagande, d'assistance et d'aide sociale*, sorte de *Comité de patronage*, séparé, avec budget autonome, composé particulièrement de dames et dont le rôle consistera en propagande financière et éducative, en assistance matérielle et morale des malades et de leurs familles.

Chaque Comité local aura un rayon d'action fixé, d'accord avec le Bureau technique de direction. Il aura des statuts et un règlement intérieur qui seront établis après entente avec le Bureau technique du Comité départemental, au sein duquel il sera représenté, par un délégué spécialement nommé à cet effet.

Il doit adresser au Bureau technique de direction, outre son projet de budget, le *rapport mensuel* de son travail médical et social.

Il doit, afin de faciliter l'établissement d'un fichier central, utiliser dans ses dispensaires, le *système de fiches uniforme* qui lui sera imposé par le Bureau technique de direction.

Lorsque le développement de la lutte aura pris assez d'extension dans les arrondissements par le fonctionnement de plusieurs dispensaires et d'un service rural, un *Comité ou Commission d'arrondissement* sera nommé par le Comité central pour mieux coordonner, surveiller et aider les divers comités locaux des dispensaires de l'arrondissement et mettre à leur disposition les moyens d'étendre leur action dans tout le territoire de l'arrondissement, et non seulement dans les villes où fonctionnent les dispensaires.

TITRE V

Moyens d'action de l'Association départementale

ART. 17. — L'Association départementale exerce son action par l'intermédiaire de son Bureau technique, de ses Commissions spéciales et des divers comités, services et établissements suivants :

- 1° Les Comités locaux ou Commissions locales de dispensaires;
- 2° Le service départemental d'hygiène;
- 3° Le service départemental de désinfection;
- 4° Le service d'assistance publique;
- 5° Le service d'inspection médicale scolaire;
- 6° Les dispensaires antituberculeux et leur personnel spécialisé de médecins et de visiteuses d'hygiène;
- 7° Les services d'isolement dans les hôpitaux;
- 8° Le sanatorium départemental ou inter-départemental;
- 9° Les œuvres et établissements de préservation de l'enfance;
- 10° Les laboratoires de bactériologie;
- 11° Le fichier central;
- 12° Les diverses œuvres affiliés.

Les dispensaires antituberculeux. — Il sera créé dans le département autant de dispensaires spécialisés qu'il sera jugé nécessaire par l'Association, et ceux-ci seront organisés et gérés par elle-même ou par des comités locaux.

Conformément à la loi de 1916, sur les dispensaires d'hygiène sociale, ces institutions auront pour but :

a) D'organiser le dépistage des tuberculeux, d'établir le diagnostic de la maladie, de donner des consultations gratuites et distribuer des médicaments si nécessaires aux malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance;

b) D'assurer à domicile et ailleurs, la prophylaxie et l'éducation hygiénique autour des tuberculeux qui lui sont connus;

c) D'assurer ou de faciliter l'admission des malades ou de certains membres de leur famille dans des établissements appropriés : hôpitaux, sanatoria, préventoria, maisons de convalescence;

d) De donner, dans la mesure de leurs moyens, l'assistance matérielle sous toutes ses formes aux malades et à leurs familles.

Ces dispensaires seront pourvus d'une installation et d'un outillage complet, y compris les services de radiologie, de laryngologie et de laboratoires d'analyses. Un service de dispensaire ambulancier sera organisé pour desservir les parties rurales du département.

Le personnel technique de ces dispensaires, médecins, infirmières visiteuses, spécialistes, seront employés dans les dispensaires selon les règlements intérieurs qui suivent et qui déterminent les règles de fonctionnement technique du service médical et du service social des dispensaires et le statut du personnel.

Le service médical sera stable et compétent; les médecins des dispensaires seront nommés par les comités locaux après approbation du Bureau technique du Comité départemental.

Chaque dispensaire emploiera pour le travail social, au moins une infirmière visiteuse diplômée d'une école de formation spéciale reconnue.

ART. 18. — Un règlement intérieur sera élaboré déterminant les relations exactes des Comités locaux avec l'Office départemental ainsi que leurs obligations réciproques.

Ce règlement intérieur exposera les principes essentiels du fonctionnement des dispensaires d'après les directives du Ministère de l'Hygiène et du Comité national. Les Comités locaux seront appelés à accepter ces règlements intérieurs afin de pouvoir être affiliés à l'Office départemental.

TITRE VI

Modifications — Dissolution — Liquidation

ART. 19. — *Modification.* — Les modifications aux présents statuts ne peuvent être faites que par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration ou du dixième des membres dont se compose l'Assemblée générale. L'Assemblée devra se composer de $\frac{1}{4}$ au moins des membres. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée devra se conformer aux mêmes règles que pour la dissolution.

ART. 20. — *Dissolution.* — La dissolution de l'Association ne peut être prononcée que par l'Assemblée générale, la présence de la moitié, plus un de ses membres, sera nécessaire. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée générale sera convoquée de nouveau à quinze jours au minimum d'intervalle et elle pourra cette fois délibérer valablement, quel que soit le nombre de ses membres.

ART. 21. — *Liquidation.* — En cas de dissolution volontaire, statutaire, prononcée en justice ou par décret, le Conseil d'administration de l'Office départemental désigne un ou plusieurs établissements ayant le même but social.

*
* *

Recommandations pour les Comités reconnus d'utilité publique

L'Association de _____ doit faire connaître dans les trois mois à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où l'Association a son siège social, tous les changements survenus dans l'administration ou la direction de l'Association.

Les registres de l'Association et ses pièces de comptabilité sont présentés sans déplacement, sur toute réquisition du Ministre de l'Intérieur ou du Préfet, à eux-mêmes ou à leur délégué ou à tout fonctionnaire accrédité par eux.

Le rapport annuel et les comptes — y compris ceux des Comités locaux — sont adressés chaque année au préfet du département, au ministre de l'Intérieur et au ministre auprès duquel l'Association a été reconnue d'utilité publique.

Le ministre de l'Intérieur et le ministre auprès duquel l'Association a été reconnue d'utilité publique, ont le droit de faire visiter par leurs délégués les établissements fondés par l'Association et de se faire rendre compte de leur fonctionnement.

Les règlements intérieurs préparés par le Conseil d'administration et adoptés par l'Assemblée générale doivent être soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur et adressés au ministre auprès duquel l'Association a été reconnue d'utilité publique.

*Liste des pièces à produire
pour la demande de reconnaissance d'utilité publique*

1. Un exemplaire du *Journal Officiel* contenant l'extrait de la déclaration;
 2. Un exposé indiquant : a) l'origine, le développement, les conditions de fonctionnement, le but d'utilité publique de l'Association; b) le cas échéant, l'organisation et les conditions de fonctionnement des Comités locaux, ainsi que leurs rapports avec l'Association;
 3. Les statuts de l'Association en dix exemplaires, dont deux sur timbre;
 4. La liste de ses établissements avec indication de leur siège;
 5. La liste des membres de l'Association avec l'indication de leur âge, de leur nationalité, de leur profession et de leur domicile;
 6. Les comptes financiers des trois derniers exercices et le budget de l'exercice courant;
 7. Un état de l'actif mobilier et immobilier et du passif;
 8. Un extrait de la délibération de l'Assemblée générale autorisant la demande en reconnaissance d'utilité publique.
- Ces pièces sont certifiées sincères et véritables par les signataires de la demande.



Règlement intérieur d'un Comité départemental, des Comités locaux et des Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ⁽¹⁾

Principes de fonctionnement administratif, médical et social

Préambule

Ce règlement a pour but de définir les rapports qui doivent exister entre les Comités départementaux d'hygiène sociale et les Comités locaux, régler le fonctionnement des différents organismes créés par les statuts, et donner une solution aux principales questions intéressant la lutte contre la tuberculose.

Le but que devront s'efforcer d'atteindre les Comités d'hygiène sociale, sera de lutter contre le premier des fléaux sociaux : la tuberculose, par la création et l'entretien d'un ou de plusieurs dispensaires, en conformité de la loi du 15 avril 1916.

Leur raison d'être, leur rôle, sont bien définis par le texte même de la loi : elle dit textuellement :

« Ils auront la charge de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles, l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence, etc., et le cas échéant, de mettre à la portée du public les services de désinfection, du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendus insalubres par des malades. Ces dispensaires organiseront pour les malades *privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux* d'hygiène ou d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments. » (Loi du 15 avril 1916.)

TITRE I

Organisation générale

1. *Relations entre le Comité départemental et les Comités locaux.* — Chaque dispensaire local sera géré par un *comité local* constitué sous la forme d'une association privée déclarée ou d'un *sous-comité* ou *commission locale* nommée par le Comité départemental. De toute manière, tous les comités locaux seront en liaison constante avec le Comité départemental, organe centralisateur et directeur, et lui seront affiliés.

Cette affiliation se traduira par la présence d'un membre du comité local au sein du Conseil d'administration et du Bureau technique de direction du Comité départemental.

Le Comité local ne peut que retirer des avantages de cette affiliation :

(1) Elaboré par le Bureau d'organisation départementale, Commission Rockefeller (1919-1920). (D^r A. Bruno, directeur, Docteurs Tobé, Davy, Evrot, Cailleret, délégués.)

en effet, cette affiliation oblige le Comité départemental à défendre tous les intérêts des Comités locaux, ainsi que des œuvres affiliées, devant les autorités publiques, notamment l'Etat et le Conseil général. Il doit transmettre à ces autorités toute demande de subvention après étude de leurs besoins par le Bureau technique. *Il doit garantir en somme, dans la mesure du possible, la vie essentielle des dispensaires affiliés.*

Chaque Comité local, pour obtenir son affiliation à l'Association départementale et tous les avantages qui en résultent, doit prendre l'engagement formel de suivre les directives qui lui seront données par le Bureau technique de direction et se soumettre aux règlements adoptés par lui. Il doit accepter le contrôle effectif et continu. Il doit permettre la surveillance du service social par une visiteuse d'hygiène inspectrice départementale et l'inspection médicale des dispensaires par un médecin inspecteur désigné à cet effet. Il devra envoyer au Comité départemental un rapport mensuel et un compte rendu annuel du travail de son ou de ses dispensaires. Il emploiera le modèle uniforme de fiches adopté par le Comité départemental.

Il doit soumettre à l'approbation du Bureau technique de direction, pour tout dispensaire, le plan du local, le devis d'installation et les noms du personnel médical et social qui y seront attachés.

2. *Comités d'arrondissements.* — Des comités ou commissions d'arrondissement seront constituées par le Comité départemental et seront composées essentiellement de délégués de comités de dispensaires locaux. Ces comités seront des organes du Comité départemental pour coordonner, surveiller, aider les divers dispensaires de l'arrondissement, organiser des services communs à plusieurs dispensaires et particulièrement un service rural ambulancier et un magasin d'approvisionnement. Ces comités d'arrondissements gèrent généralement le dispensaire central du chef-lieu d'arrondissement.

3. *Assemblée générale et autres réunions.* — En cas de différend ou de conflit grave entre les divers comités locaux du département, ou entre le Comité départemental et les membres des comités locaux, c'est à une Assemblée générale qu'il en sera décidé, en dernier ressort.

Les convocations aux Assemblées générales ou aux autres réunions du Comité départemental, doivent toujours indiquer l'ordre du jour ainsi que les noms des membres du Conseil d'administration sortant par voie de tirage au sort ou par suite de décès ou de démission : elles doivent être envoyées quinze jours à l'avance et annoncées à la même date dans un journal local.

En cas de vote par scrutin, le bureau du Conseil d'administration fonctionnera comme bureau de vote à l'exclusion de ses membres soumis à la réélection. Les résultats des scrutins seront aussitôt proclamés et publiés.

Les convocations aux autres réunions, en dehors de l'Assemblée générale, sont envoyées, sauf en cas d'urgence, au moins sept jours à l'avance : elles seront adressées aux différents membres, et en ce qui concerne les comités locaux, à leur Président ainsi qu'au délégué spécial. En principe, toutes les propositions et les questions mises à l'ordre du jour doivent être discutées et les décisions obtenues par vote à main levée ; mais, sur la demande de trois membres, le vote devra avoir lieu au scrutin secret.

4. *Secrétaire permanent et secrétariat général.* — Un secrétariat per-

manent sera établi par le Comité départemental à ses frais, avec un titulaire aidé ou non d'un employé. Le but de cette création sera d'assurer une coordination constante entre les différents dispensaires, institutions antituberculeuses et autres œuvres annexes.

Le secrétaire permanent centralisera toute correspondance adressée au Comité départemental, recueillera et donnera tous renseignements, aidera à recouvrer les cotisations qu'il versera entre les mains du Trésorier, lequel signera les quittances.

Il constitue l'organe *actif et permanent* du Bureau technique de direction sous la responsabilité du secrétaire général administratif.

Ensemble avec l'Inspecteur d'hygiène et la visiteuse-chef du département, il aide au fonctionnement du Fichier central : mais l'inspecteur départemental d'hygiène en a seul la responsabilité professionnelle. Le secrétaire permanent est à la disposition de tous les comités locaux pour toute question d'organisation, et dans ce but assurera la liaison administrative entre le Comité départemental et les comités locaux. Les déplacements seront à la charge du Comité départemental.

Le secrétaire permanent rédige, avec le secrétaire général de l'Association, les procès-verbaux des réunions de l'Assemblée générale, du Conseil d'administration, du Bureau technique de direction et des diverses Commissions. L'un des secrétaires les signe avec le président, ou en l'absence de celui-ci, avec un des vice-présidents délégué.

Les secrétaires concourent avec le président à assurer l'exécution des statuts et des décisions des diverses réunions et assemblées. Ils ont la signature de la correspondance courante d'ordre intérieur et d'organisation.

Ils devront se déplacer et visiter les différents Comités locaux pour les besoins du service, et tous les frais seront couverts par le Comité quand ce service sera fait par le secrétaire permanent.

TITRE II

Organisation financière.

5. *Relations financières avec les Comités locaux affiliés.* — Chaque Comité local ayant la gestion d'un ou de plusieurs dispensaires établira son budget selon un schéma uniforme adopté par le Comité départemental. Ce schéma divise les dépenses de tout dispensaire sous les rubriques suivantes :

1° Frais généraux : loyer, chauffage, éclairage, entretien, fournitures, etc.

2° Service technique :

a) Visiteuses d'hygiène, traitement et frais de déplacements, assurances, maladie.

b) Médecins, traitement et laboratoires, frais de déplacements — laboratoire, radiologie, laryngologie, stomatologie.

c) Service rural de dépistage.

3° Frais à caractère prophylactique : crachoirs, antiseptiques, sacs à linge, literie, lessiveuses.

4° Frais de déplacement et d'hospitalisation : enfants sains de foyers tuberculeux, hospitalisation des tuberculeux dans divers établissements.

5° Frais d'assistance et d'aide sociale : denrées alimentaires, vêtements, literie, blanchissage, certains médicaments, etc.

Cette distinction est faite surtout dans le but de séparer les dépenses essentielles du dispensaire — c'est-à-dire dépenses fixes : frais généraux, service technique, prophylaxie — des dépenses élastiques et secondaires de l'assistance, secours, etc.

Les frais du service technique, médical et social, ainsi que ceux à caractère prophylactique de tous les dispensaires doivent être garantis, c'est-à-dire couverts, autant que possible par le Comité départemental au moyen des ressources provenant de l'Etat, du Comité National, du Conseil Général et des communes.

Cette garantie comporte l'obligation par le Comité départemental de couvrir le déficit des frais de ces services dans les dispensaires affiliés, si les ressources locales sont insuffisantes. Dans tous les cas, le Comité départemental garantira le salaire de toutes les visiteuses d'hygiène diplômées et leurs frais de déplacements, ainsi que les frais d'examen de crachats et la distribution des crachoirs. Il assurera les honoraires des médecins, et il s'engagera à accorder des bourses d'études aux candidates visiteuses d'hygiène des futurs dispensaires pour leur formation dans une école agréée par le Comité National.

Les frais d'assistance, d'aide sociale, de placements d'enfants ou de malades, ainsi que les frais généraux des dispensaires, devront être couverts surtout par chaque Comité local, ses ressources propres provenant de souscriptions locales, subventions des municipalités comprises dans la circonscription du territoire surveillé, produit des fêtes organisées par les dames du Comité d'assistance, etc. Il aura également le soin de faire jouer les lois d'assistance le plus souvent qu'il sera possible.

Chaque Comité local s'efforcera de passer des conventions spéciales avec les bureaux de bienfaisance, les sociétés de secours mutuels des groupements ouvriers ou patronaux en retour d'une surveillance médicale et prophylactique assurée, aux membres de ces sociétés ou groupements. Le Comité percevra une somme à déterminer qui sera portée en recettes au budget soit du Comité local, soit du Comité départemental, mais alors à son crédit.

Chaque Comité local fera parvenir au Comité départemental, 15 jours avant la date fixée pour la réunion générale du Comité départemental, un compte exact de ses ressources dont il indiquera l'origine. Il fournira également un état des dépenses de l'année précédente qui auront été effectuées pour le fonctionnement technique du dispensaire; il y joindra le compte des dépenses et recettes du « Comité de patronage et d'aide sociale » s'il y en a un, constitué auprès de lui pour les questions d'assistance.

Il ajoutera aussi, pour être transmis au ministère de l'Hygiène et au Conseil Général un projet de budget des dépenses et des ressources probables pour l'année en cours et les demandes de subventions.

Le Comité local s'interdit de solliciter directement autrement que par l'intermédiaire de l'Association départementale, les fonds de l'Etat, du Comité National, du Conseil Général et des communes en dehors de sa circonscription.

Les Comités locaux ont une vie financière et un budget indépendant de celui de l'Association départementale, à moins qu'ils en soient leur organe direct sous forme d'une « Commission locale de dispensaire ». Ils disposent entièrement de toutes les ressources recueillies localement et directement par eux.

Si le Comité local a une personnalité civile distincte de l'Association départementale à laquelle il est affilié, il tient sa propre comptabilité,

recettes et dépenses. Si au contraire, il est un sous-comité ou commission locale désigné par le Comité départemental, les ressources recueillies localement sont versées en recettes au Comité départemental et figurent en dépenses au budget de celui-ci avec affectation spéciale au sous-comité du dispensaire qui les a recueillies.

Afin de mieux diviser l'action et le budget des dispensaires, en fonctionnement technique et en celui de secours et d'aide sociale, il est préférable d'avoir une comptabilité spéciale, recettes et dépenses, pour toutes les questions d'assistance. Pour réaliser ceci nettement, le Comité local s'adjoindra une Commission de patronage et des secours (assistance sociale, propagande) ou bien un Comité de patronage et d'aide sociale distinct du Comité technique du dispensaire.

Le Comité départemental, par ses délégués spéciaux, aura un droit de regard dans la comptabilité de chaque dispensaire et de chaque Comité local de patronage et d'assistance qui lui seront affiliés.

De même, chaque Comité local étant représenté dans la Commission des finances du Comité départemental, aura droit de regard également dans la comptabilité financière de l'Office départemental et dans la répartition des subventions.

6. *Commission des finances du Comité départemental. — Répartition des fonds et subventions.* — Les attributions de la Commission des finances sont : d'étudier les besoins financiers du Comité départemental et des Comités locaux ainsi que les moyens d'augmenter les ressources;

d'examiner les projets de budgets et la comptabilité du Comité départemental et des Comités locaux en vue de la préparation du budget annuel et des demandes de subventions à envoyer au ministère de l'Hygiène, au Pari Mutuel, à la Caisse du produit des jeux, au Comité National, au Conseil général et aux communes, d'étudier et de proposer au Conseil d'administration et à l'Assemblée générale, après avis du Bureau Technique de direction, le budget et la répartition des fonds propres du Comité départemental et des dons, legs, et subventions qu'il a reçus.

Le Comité départemental répartit la somme totale fixée par l'Assemblée générale, entre les divers sous-comités, commissions locales de dispensaires et œuvres affiliées selon leurs charges et besoins, proportionnellement au service rendu et à l'activité des dispensaires et établissements ainsi subventionnés.

Ces subventions aux Comités locaux doivent couvrir particulièrement, les frais des services techniques et prophylactiques des dispensaires : médecins, infirmières-visiteuses, dépenses à caractère prophylactique, services techniques de laboratoire, radiologie, etc. Les dépenses d'assistance et pour la plupart des placements d'enfants et de malades sont à la charge des Comités locaux, malgré que le Comité départemental contribuera par une quote-part, selon ses moyens, à ces placements.

Avant toute répartition de fonds aux Comités locaux, le Comité départemental aura la priorité de réserver pour ses propres besoins, sur ses ressources propres et sur les subventions qui lui auront été accordées, un crédit assurant les dépenses essentielles à un fonctionnement et aux dispensaires et établissements gérés par lui-même.

Ces dépenses essentielles du Comité départemental comprennent les frais généraux de l'administration centrale, le salaire du secrétaire permanent, des médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle, de la visiteuse inspectrice départementale et d'autres visiteuses entièrement à sa charge, de services communs à plusieurs Comités locaux tels que

service automobile rural, laboratoires, centres de radiologie, d'approvisionnement, frais de déplacements pour l'inspection et le service rural, l'impression des fiches, registres uniformes pour tous les dispensaires, frais du Fichier central.

Après avoir assuré ses propres frais d'ordre technique et ceux de tous les dispensaires affiliés, le reliquat pourra être dépensé en propagande financière et éducative, ainsi qu'en placements de malades, dans l'ensemble du département.

7. *Comptabilité et trésorerie.* — Le trésorier assure, sous l'autorité du Bureau technique de direction et de la Commission des finances, la marche du service financier. Il fait lui-même, ou fait faire par le secrétaire permanent, le recouvrement des cotisations; il veille à la tenue régulière des registres de comptabilité.

Les reçus des cotisations et recettes de toute nature doivent être signés par le trésorier ou le trésorier-adjoint.

Les fonds encaissés ne peuvent, en aucun cas, être employés directement à acquitter les dépenses; ils seront immédiatement versés aux comptes de dépôt que le Bureau a fait ouvrir au nom de l'Office dans une banque.

Aucune dépense, autre que les menus frais de secrétariat ou de dépenses courantes, ne peut être faite sans un crédit ouvert par le Bureau technique de direction. Les dépenses d'urgence peuvent être autorisées par le président jusqu'à une somme de mille francs, à la charge par lui de les faire sanctionner par le Bureau technique dans sa plus prochaine séance.

Un fonds d'avance pour menus frais, dont le chiffre est fixé par le Bureau technique, est mis à la disposition du secrétaire administratif permanent, et à la fin de chaque trimestre les avances sur fonds sont l'objet d'un ordonnancement régulier sur la proposition du trésorier qui en effectue le remboursement.

8. *Commission d'assistance, d'aide sociale et de propagande. — Hospitalisation des malades.* — Cette Commission s'emploiera dans le cadre départemental à secourir les malades par tous les moyens possibles. Elle les assistera dans toutes les difficultés qu'ils rencontreront dans la vie, à l'occasion et à cause de la maladie dont ils sont atteints.

D'accord avec le Bureau technique de direction, avec les médecins des sanatoriums et des hôpitaux, les services départementaux d'hygiène et d'assistance, les diverses Commissions des hospices, la Commission d'assistance du Comité départemental s'occupera particulièrement de l'hospitalisation des tuberculeux nécessiteux, de faire jouer toutes les lois existantes utiles à cette hospitalisation, et de procurer l'aide sociale nécessaire aux familles des hospitalisés. Elle sera appelée à fixer la part qu'il incombe aux familles des hospitalisés et qui devra être payée par elle. Cette Commission fera les plus grands efforts pour susciter à travers le département la création de salles d'isolement, d'hôpitaux ou sanatoriums pour tuberculeux. Elle sera en relations suivies avec les sanatoriums, préventoriums ou hôpitaux existants déjà pour y obtenir des lits nécessaires au placement des inscrits dans les dispensaires. Elle cherchera les moyens d'améliorer le confort et l'alimentation des malades hospitalisés.

La Commission d'assistance et d'aide sociale s'efforcera de créer des centres de placement familial pour les enfants des tuberculeux suivis par les dispensaires, surtout s'il n'y a pas moyen d'hospitaliser le

tuberculeux contagieux. Elle constituera des filiales de l'Œuvre Grancher d'accord avec cette organisation.

Cette Commission aura aussi pour mission d'accroître le nombre des membres des Comités locaux d'Hygiène sociale et de son propre Comité. Elle fera tous ses efforts pour intéresser toute population à la lutte contre les fléaux sociaux et en particulier contre la tuberculose. Elle fera en sorte, l'œuvre de propagande financière et propagande éducative dans l'ensemble du département.

Elle centralisera l'impression ou l'obtention du Comité National, ainsi que la distribution dans le département de brochures et tracts de propagande; elle organisera des conférences publiques, surtout dans les écoles, accompagnées de représentations cinématographiques.

Cette Commission de propagande aidera les Comités locaux de patronage et d'aide sociale à faire leur propre propagande et assistance.

TITRE III

Fonctionnement des services techniques des dispensaires.

Service général. — Service médical. — Service social. — Service rural. — Fichier central.

9. *Service général.* — Les dispensaires auront pour rôle avant tout la découverte des sources de contagion par le dépistage et le diagnostic précoce des tuberculeux, la préservation de la famille et de la communauté par l'éducation et la surveillance prophylactique suivie des malades, l'assistance sociale, le placement des malades et des enfants menacés dans des institutions appropriées, plutôt que le traitement médical suivi des malades. Cependant, le dispensaire qui se conformera aux conditions prévues par la loi du 15 avril 1916, pourra donner tous les soins qu'il jugera bon aux malades privés de ressources. Son rôle sera donc social et prophylactique et non celui d'une clinique thérapeutique.

Le dispensaire sera ouvert à tous ceux, malades, suspects, personnes en contact avec un tuberculeux ou désireux d'être fixés sur l'état de leur santé et qui s'y présenteront spontanément ou adressés par leur médecin pour l'établissement du diagnostic de la tuberculose. Les services du dispensaire seront gratuits. Toutefois, pour des examens spéciaux, tels que radiologie, laryngologie, bactériologie, *faits dans un but de diagnostic*, une somme minime fixée par le Comité local pourra être exigée de personnes peu aisées ou reconnues non nécessiteuses après enquête sociale. Cette procédure pourra être adoptée dans les centres où le dispensaire est le seul outillé pour assurer ces services de spécialistes, et où ces moyens scientifiques essentiels de diagnostic ne sont pas à la portée des petites bourses.

Le produit de ces examens spéciaux sera versé au Comité du dispensaire, le personnel médical et infirmier n'étant autorisé à recevoir aucune rétribution des malades du dispensaire.

Tous les médecins dans la circonscription du dispensaire peuvent solliciter pour leurs malades l'intervention du Comité du dispensaire et de la visiteuse d'hygiène pour les services de prophylaxie et d'assistance. Ils peuvent aussi recourir au personnel médical technique du dispensaire et par lui, aux services spécialisés de radiologie, laryngologie, bactériologie. De ce fait, les malades examinés sont

inscrits au dispensaire. Le résultat des examens faits au dispensaire seront communiqués confidentiellement au médecin traitant du malade examiné.

Les malades reconnus non tuberculeux sont déclarés sortant des fiches du dispensaire et ne pourront y recevoir aucun soin ou assistance matérielle. Ceux diagnostiqués tuberculeux, les suspects, les malades en observation et les personnes en contact de cohabitation (famille, enfants, même si non tuberculeux), sont inscrits au dispensaire et à ce titre les services de prophylaxie à domicile et d'aide sociale leur seront assurés.

Mais en outre, seront suivis et pourront être soignés par le dispensaire les malades inscrits comme indigents sur les listes de l'Assistance Médicale Gratuite et ceux reconnus nécessiteux par le service social du dispensaire; aussi, les malades au sujet desquels il y a eu entente avec les services locaux d'hygiène et d'assistance (loi 1916). Les malades ou suspects et leur famille, appartenant à des sociétés de secours mutuels, groupements industriels, sociétés, même des communes, qui auront établi certaines conventions avec le Comité départemental ou le Comité local par un forfait annuel ou au moyen d'un abonnement par tête d'employé, d'ouvrier ou de membre, pourront être examinés et suivis au point de vue du diagnostic, de la surveillance prophylactique et de l'aide sociale.

Après l'établissement du diagnostic, les malades tuberculeux reconnus non nécessiteux par le service social du dispensaire seront envoyés *pour le traitement* à un praticien de la ville de leur choix. Avec l'acceptation de ce dernier, ces malades ne perdront pas contact avec le dispensaire et profiteront du service social à domicile, accepteront les visites à domicile par la visiteuse d'hygiène et la surveillance de l'évolution de la maladie par le médecin du dispensaire.

Pour les malades ayant un médecin habituel et se présentant au dispensaire ou étant envoyé par un médecin praticien, le médecin du dispensaire et la visiteuse d'hygiène se tiendront en relations régulières avec lui (le médecin praticien) après l'établissement du diagnostic médical. Ils seront de toute façon inscrits au dispensaire.

D'ailleurs tout malade et sa famille, inscrits sur les registres du dispensaire ont droit à tous les examens médicaux ultérieurs et périodiques, après le diagnostic, et au service social et d'assistance du dispensaire.

On s'efforcera dans tous les cas d'attirer au dispensaire en vue du dépistage des contaminés et des mesures de prophylaxie à donner, l'entourage des tuberculeux, ceux en contact de cohabitation, surtout les enfants. On leur conseillera de venir se faire examiner deux fois par an. Ces examens seront gratuits.

Les malades alités, déjà inscrits au dispensaire ou sinon signalés par les médecins ou par un service public profiteront des services de prophylaxie et d'assistance du dispensaire de leur circonscription et seront surveillés à domicile par la visiteuse d'hygiène. Ces malades alités étant souvent les plus contagieux, on s'efforcera de les dépister tout autant que les malades ambulants pouvant venir au dispensaire même.

Tout malade du département, quel qu'il soit ou quel que soit son médecin, sollicitant par lui-même ou par l'intermédiaire de son médecin son admission dans un sanatorium, un préventorium, une filiale de l'OEuvre Grancher, une œuvre de placement familial d'adultes ou d'enfants, une œuvre familiale des tout-petits nés de mère tuber-

culeuse, etc., devra au préalable, être inscrit et pris en charge par un dispensaire affilié au Comité départemental. En fait, d'ailleurs dans la plupart des départements, les préfets n'examinent et ne retiennent que les dossiers où la feuille d'examen du malade émane d'un dispensaire, signés du médecin-chef de ce dispensaire.

Grâce à cette formalité, les retards dans l'admission des malades proposés pour les places libres dans les sanatoriums, se trouvent considérablement diminués.

Il est recommandé d'un façon toute particulière à qui de droit, de soumettre tous les malades à l'examen radioscopique. Les médecins devront tenir la main à ce que leurs dispensaires soient munis de l'outillage nécessaire à cet examen.

10. *Consultations spéciales.* — Il sera donné aux dispensaires importants au moins une fois par semaine, une consultation le soir et une consultation spéciale pour enfants, de préférence le jeudi. Dans les autres dispensaires, des consultations du même genre seront tenues à intervalles plus éloignés. Les familles de tous les malades suivis par un dispensaire devront être engagés à venir se faire examiner gratuitement afin que le dépistage de la maladie soit assuré et la contamination évitée. Les membres examinés seront toujours inscrits au dispensaire. Ils auront le droit de bénéficier de tous les avantages des dispensaires au même titre que les malades eux-mêmes en ce qui concerne la tuberculose. Dans les petites villes et dans les centres ruraux, une consultation aura lieu le jour du marché afin de dépister ceux qui se déplaceraient à cette occasion.

11. *Service médical des dispensaires et du Comité départemental.* — Les services techniques et leur personnel, médical et social d'un ou de plusieurs dispensaires sont placés sous la direction et la responsabilité entière d'un *médecin-chef* de dispensaire. Ce médecin-chef sera choisi pour sa compétence spéciale par le Comité local et agréé par le Comité départemental. Il pourra être soit un *médecin spécialisé permanent*, ne faisant pas de clientèle privée et donnant tout son temps (médecin hygiéniste antituberculeux), soit un *médecin praticien local*.

Médecins spécialisés. — Certains départements confient le service de leurs dispensaires, dans l'ensemble du département, à des médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle et rétribués suffisamment pour consacrer *tout leur temps* au travail des dispensaires. L'expérience des dernières années écoulées a démontré que ce mode de fonctionnement était celui qui donnait les meilleurs rendements de lutte antituberculeuse. Ces médecins sont nommés au concours selon une modalité déterminée par le Comité départemental, d'accord autant que possible avec le Comité National.

Par médecin spécialisé, on entend des médecins présentant des connaissances approfondies en matière de tuberculose, et pouvant assurer avec compétence par eux-mêmes, s'il est nécessaire, tous les services médicaux du dispensaire : bactériologique, radiologique, laryngologique. Ces médecins doivent justifier d'un stage pratique dans des dispensaires et des sanatoriums qualifiés; ils auront suivi le cours de perfectionnement donné à la Faculté de Paris. Pendant ces stages, ils recevront une indemnité de la part du Comité qui les aura engagés.

Ces médecins, sortes de médecins hygiénistes, consacrent tout leur temps au service des consultations du ou des dispensaires de la circonscription dont ils ont la direction technique. Ils ne devront en aucun

cas faire de clientèle privée, et ceci de la manière la plus expresse, ni recevoir de rétribution d'aucune sorte, des malades. Ils s'efforceront en outre de contribuer à l'extension de la lutte antituberculeuse, spécialement en développant en dehors des dispensaires, des centres secondaires de consultations dans les milieux ruraux.

Le médecin spécialisé prendra à cœur de se maintenir en contact intime et amical avec ses confrères locaux. De plus, il devra entrer en relations avec les différents services intéressant l'hygiène, l'assistance et la lutte antituberculeuse dans son département : médecin inspecteur d'hygiène, inspecteur de l'assistance publique, médecins de sanatorium, préventorium, etc.

En certains cas, *et dans la limite de son temps disponible*, il pourra assurer un service se rapportant à la lutte antituberculeuse, tel qu'un service d'hôpital pour tuberculeux avancés, sanatoriums ou laboratoire, ou même inspection des écoles.

Ces médecins auront à assurer le service des dispensaires aux heures fixées par le Comité, (cinq jours par semaine). Ils auront un mois de congé, payé, par an.

Honoraires et titularisation. — Etant donné que le médecin spécialisé consacre tout son temps, il devra être rétribué de façon suffisante pour sauvegarder son indépendance et sa dignité professionnelle.

Les honoraires, à titre d'indication, pourront être d'environ 18.000 francs, traitement de début. Des augmentations seront prévues selon une échelle spéciale. Tous les frais de déplacements inhérents à son service lui seront de plus intégralement remboursés.

Le Comité le titularisera après un an de service, et s'engagera de façon ferme à le maintenir dans son poste pendant une période qui ne pourra être inférieure à trois ans. Il ne pourra être révoqué que pour faute grave dans le service. Au cas où une contestation s'élèverait à ce sujet, il est recommandé de faire trancher le différend par une autorité indépendante, telle que le Comité National.

Si le Comité vient à se dissoudre, il devra prévenir son médecin, six mois au moins à l'avance, qu'il ne pourra continuer à utiliser ses services, et quelle que fût la date de fermeture du dispensaire, il lui sera redevable d'une somme équivalente à six mois de traitement à partir du jour de la signification de cette fermeture.

De son côté, le médecin spécialisé ne pourra interrompre son engagement sans avoir prévenu le Comité au moins quatre mois à l'avance.

Le médecin spécialisé prendra l'engagement formel de ne pas s'installer pour faire de la clientèle dans le département qui l'a engagé, ou dans les départements limitrophes, dans les trois ans qui suivront l'expiration de son contrat.

Médecins praticiens. — Si le Comité départemental ou le Comité local n'emploie pas les services de médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle privée, il assurera le service médical des dispensaires par des médecins praticiens de la localité ou de la région. Chaque dispensaire aura un *médecin chef* directeur, responsable de son bon fonctionnement. Ce médecin chef sera désigné par le Comité local du dispensaire et agréé par le Comité départemental; il sera choisi pour sa compétence spéciale en matière de tuberculose.

Il pourra être aidé d'un ou plusieurs assistants nommés par le Comité local sur la proposition du médecin-chef directeur. Le médecin directeur du dispensaire et ses assistants devront, s'ils ne l'ont déjà fait, suivre le cours de perfectionnement sur la tuberculose, donnés à

la Faculté de Médecine de Paris. Il pourra avoir recours à des médecins consultants ou ayant spécialité en matière de laryngologie, bactériologie et radiographie. Le médecin-directeur et ses assistants seront rétribués, soit par un traitement fixe annuel, soit par une somme telle que 20 francs par séance de consultations de deux heures (à titre d'indication).

Exceptionnellement, certains médecins des dispensaires pourront être nommés pour un minimum d'un an; mais *aucun système de roulement mensuel, trimestriel ou autre, ne sera accepté par le Comité départemental*. Le service médical sera établi de façon à ce que les malades voient toujours le même médecin.

Les médecins de dispensaires ne recevront directement aucune rétribution des malades du dispensaire.

12. *Quelques détails de fonctionnement technique.* — Les malades seront présentés au médecin le torse nu, après avoir été interrogés, pesés, température prise par l'infirmière, et mesurés à la première visite. Chaque fois que ce sera possible un *examen physique complet* devra être fait à la première visite du malade au dispensaire; le tuberculeux n'est pas constitué seulement par deux poumons sur deux jambes.

Les fiches médicales seront régulièrement remplies, afin qu'au cours d'une maladie aussi longue que la tuberculose, aucun détail ne puisse être oublié : les incidents évolutifs, traitements appliqués, le diagnostic seront spécialement inscrits et notés. L'emploi des schémas est fortement recommandé; un type est fourni par le Comité national, pour arriver à une unification si désirable de cette méthode. Un rapport médical et social détaillé sur l'individu et sur tous les membres de sa famille est de la plus haute importance, et les statistiques et fiches doivent être précis, complets, signés et datés.

Tout malade diagnostiqué tuberculeux devra avoir systématiquement un examen de son larynx et de ses voies respiratoires supérieures. Pour les autres, cet examen est recommandé le plus possible; il aura lieu sur la demande du médecin.

La pratique des examens radioscopiques sera développée dans la plus large mesure possible et sera faite pour tous les malades. Chaque dispensaire doit avoir un service radioscopique ou être en relation avec un tel service, donnant toute garantie.

La rapidité et la précision du diagnostic sont des facteurs fondamentaux et l'attention des médecins de dispensaires est attirée sur le point suivant, qui est un des plus importants pour le bon fonctionnement des services sociaux du dispensaire. Tout malade se présentant au dispensaire doit avoir son diagnostic posé dans le temps le plus court possible. *Un délai de six semaines* semble constituer le maximum de temps, sauf dans des cas spécialement délicats, et quitte à reviser le diagnostic plus tard. Cette règle est faite afin de ne pas encombrer inutilement les dispensaires de malades, qui ne sont nullement tuberculeux, et dont le service social aurait à s'occuper aux dépens des véritables tuberculeux. Les fiches courantes deviennent rapidement difficiles à manier lorsque l'on permet aux cas non diagnostiqués de s'accumuler. Les malades qui ont besoin de soins de médecine générale ou de clinique seront envoyés dans les services spéciaux des hôpitaux avec une lettre du médecin du dispensaire.

L'expérience a démontré, qu'il est impossible de voir utilement en une heure plus de 5 à 6 malades (nouveaux et anciens). Les consulta-

tions durent en moyenne 2 h. $\frac{1}{2}$ à 3 heures, le nombre des malades à examiner par consultation ne devra donc guère dépasser une vingtaine. En cas de chiffres supérieurs de consultants, la consultation devra être dédoublée.

Il est bon de poser en règle très stricte que ne pourront assister aux consultations, en dehors des infirmières diplômées ou des infirmières bénévoles, quand leur service l'exige, aucune personne, même du comité.

Tous les malades diagnostiqués tuberculeux devraient se présenter au dispensaire au moins une fois par mois. Les cas « cicatrisés » et les « contacts », enfants et familles, à des intervalles de 3 à 6 mois.

Tous les membres d'une famille et tous les « contacts » autour d'un cas de tuberculose doivent être examinés aussitôt que celui-ci a été diagnostiqué.

13. *Service social des infirmières visiteuses d'hygiène.* — Chaque dispensaire doit avoir au moins une infirmière visiteuse d'hygiène, diplômée de l'une des écoles agréées par le ministère de l'Hygiène et le Comité national, et titularisée par le Comité départemental, d'accord avec le Comité local du dispensaire.

La caractéristique du dispensaire est son action extérieure, et c'est à l'exercer que doit s'efforcer la visiteuse d'hygiène.

Chaque visiteuse diplômée aura droit à un traitement annuel minimum de 6.000 francs, un mois de vacances rétribué, par an, et une demi-journée de repos par semaine, dimanches et fêtes non compris. Une augmentation progressive de son traitement et certaines indemnités seront prévues et fixées par le Comité.

Travail de la visiteuse. — Son travail s'exercera sous l'autorité du médecin-chef de son dispensaire.

La visiteuse d'hygiène est la liaison entre le dispensaire et le domicile du malade. Elle est l'auxiliaire essentielle du médecin et du Comité dans la lutte contre la propagation de la maladie. Sa tâche se partage entre son service au dispensaire, la visite à domicile des malades venus au dispensaire ou attirés par elle aux consultations, et le dépistage général des malades et suspects.

Au dispensaire, elle prépare les consultations, reçoit et inscrit les malades, recueille et note toutes les observations nécessaires : poids, température, pulsations, taille, etc.

Elle assiste le médecin pendant la consultation, lui soumet à l'entrée de chaque malade son dossier médical individuel qu'elle complète chaque fois comme il vient d'être dit. Elle lui communique en même temps les observations utiles qu'elle aura pu recueillir au cours de ses visites au domicile des malades.

L'infirmière visiteuse est chargée de la tenue des fiches, des registres et des divers classements et de la préparation de rapports statistiques; elle est astreinte au secret des renseignements qu'elle connaît.

Entre les consultations, et dans la plus large mesure de son temps, elle visite à domicile les malades inscrits au dispensaire.

A domicile, la visiteuse s'interdira toute initiative thérapeutique, elle n'y donnera aucun soin médical, mais elle y prolongera l'action du médecin en s'assurant que ses prescriptions médicales et prophylactiques sont observées. Elle fera l'éducation hygiénique du malade autour duquel elle assurera la prophylaxie. Elle fournira aux malades les moyens nécessaires : crachoirs, thermomètres, literie, chaise longue, etc. Elle

s'efforcera de connaître la vérité sur les conditions de vie des malades et leurs besoins réels, afin que sur ses rapports le dispensaire puisse leur procurer une assistance justifiée et efficace.

Elle sera, dans les familles, une monitrice d'hygiène et veillera particulièrement à limiter le mieux possible les dangers de contamination des autres membres de la famille.

Elle considérera toujours le malade dans ses rapports avec son entourage, et s'attachera à faire de la prophylaxie. Elle se préoccupera du relèvement social des familles et s'efforcera de les rétablir dans les conditions de vie normale.

Elle saura faire accepter l'idée de faire soigner le malade dans un sanatorium ou à l'hôpital, et si nécessaire, convaincre la famille de permettre le placement des enfants à l'abri de la contagion.

Elle devra signaler les habitations manifestement insalubres et provoquer les désinfections nécessaires en toute occasion utile.

Une visiteuse professionnelle titularisée pourra être utilement secondée par des infirmières ou visiteuses bénévoles, dont il serait illogique de ne pas utiliser la compétence et le dévouement; mais celles-ci n'auront à assurer, autant que possible, que les services intérieurs du dispensaire.

Les visites à domicile doivent être faites par les visiteuses diplômées. Chaque dispensaire s'efforcera d'avoir au moins une visiteuse professionnelle pour chaque cent malades à surveiller. Toutes les visiteuses bénévoles travailleront sous la direction et le contrôle de la visiteuse professionnelle et sous sa responsabilité.

La visiteuse professionnelle rendra compte de son travail au Comité de son dispensaire, aux réunions duquel elle sera régulièrement convoquée. Elle insistera pour être avertie des jours de réunion, de façon à pouvoir y assister chaque fois.

Le choix des visiteuses est laissé au Comité local. Il importe que la nomination soit faite avec l'approbation du Bureau technique de direction du Comité départemental, qui garantit son salaire. En principe, le Comité départemental respectera les initiatives locales. Il se réserve cependant de demander le changement de celles des infirmières dont le service d'inspection viendrait à reconnaître l'incapacité ou la négligence confirmée par le Bureau technique.

14. *Visiteuse d'hygiène inspectrice du département.* — Le service social de tous les dispensaires sera sous la surveillance et l'inspection d'une visiteuse d'hygiène en chef nommée par le Comité départemental. Son salaire est de 7.200 francs par an, minimum, et ses frais de déplacement et d'inspection sont à la charge du Comité.

Elle assurera, au moins une fois par mois, l'inspection de chacun des dispensaires du département. Au besoin, elle en sera toujours l'agent technique pour la partie sociale et fournira un rapport mensuel sur le fonctionnement social des dispensaires au Bureau technique de direction. Elle sera convoquée à toutes les réunions du Bureau technique de direction et aura voix consultative.

En dehors de son service social d'inspection et de surveillance, elle pourra être attachée au dispensaire antituberculeux le plus important du chef-lieu et aura la direction du service social.

Elle aura libre accès au fichier central, au bon fonctionnement duquel elle collaborera.

La visiteuse d'hygiène en chef doit se faire rendre compte par les

visiteuses des dispensaires de l'emploi de leur temps, des résultats obtenus, des difficultés rencontrées. Elle se fait donner communication de leur cahier de visites, vérifie la tenue régulière des fiches de malades et écritures diverses. Elle constate les besoins du service social des dispensaires. De façon générale, elle exerce ses fonctions par délégation du Bureau technique.

Elle doit aussi souvent que possible assister aux consultations des divers dispensaires et accompagner les visiteuses dans leurs tournées pour se rendre compte de l'influence qu'elles ont gagnée dans les familles, signaler les lacunes, stimuler les zèles et surveiller en général les résultats de l'éducation et de la prophylaxie à domicile dans le département.

15. *Inspection médicale et sociale des dispensaires.* — Un service de surveillance générale et d'inspection médicale et sociale des dispensaires ainsi que des autres établissements antituberculeux, devra être établi par le Comité départemental. Son but sera d'assurer dans chaque dispensaire un service médical compétent et stable, de suggérer au besoin les moyens qui sont reconnus les meilleurs pour arriver à un rendement maximum.

Cette inspection sera faite au nom du Bureau technique de direction et après entente avec le préfet, pour rester en relations étroites avec l'Inspection départementale d'hygiène, par un médecin nommé, à cet effet, par le Bureau technique de direction après avis des comités locaux.

Ce médecin devra s'imposer par ses titres, ses travaux antérieurs en matière d'hygiène sociale et de tuberculose, ainsi que par une longue expérience des dispensaires. Il sera nommé pour une période de plusieurs années et sera rééligible.

Il fournira, au moins tous les trois mois, un rapport complet au Bureau technique de direction sur le fonctionnement des dispensaires du département, ainsi que des autres institutions qu'il aura visitées et sur le rendement de ces institutions. Au moins une visite tous les trois mois sera faite à chacun des dispensaires ainsi qu'aux hôpitaux, sanatoriums ou autres institutions antituberculeuses. Les frais de déplacement, ainsi qu'une rétribution, si elle est nécessaire, seront couverts par le Comité départemental sur un crédit spécial voté par le Bureau technique de direction.

16. *Service de laboratoire.* — Les examens bactériologiques des crachats seront faits au laboratoire de chaque dispensaire ou à un laboratoire central par arrondissement ou par département fonctionnant sous le contrôle du Comité départemental. Généralement, le dispensaire central d'arrondissement sera outillé pour faire ces analyses périodiquement pour tout l'arrondissement, et ce travail sera confié à des spécialistes.

Dans le cas où il n'y aurait pas de laboratoire au dispensaire local, ou pas de laboratoire central départemental, un arrangement particulier peut être fait pour l'examen des crachats avec le laboratoire d'un hôpital voisin ou avec les services départementaux ou locaux d'hygiène. Mais, dans tous les cas, une fiche avec le résultat de l'examen, le nom et l'adresse du malade, sera envoyée au Fichier central. Ces divers centres d'examens de crachats seront régulièrement visités par l'Inspecteur médical du Comité départemental. Les médecins praticiens pourront envoyer au laboratoire central ou aux laboratoires des dispen-

saïres de leur circonscription, dans des flacons fournis gratuitement pour cet usage et protégés par des moyens antiseptiques, des spécimens de crachats accompagnés d'une fiche portant le nom et l'adresse et la situation sociale du malade. Les dispensaires seront pourvus du flaconnage et du matériel d'envoi nécessaire. Il est recommandé d'employer le flaconnage de préférence aux lanelles.

Aucun malade se présentant à la consultation du dispensaire et qui crache ne pourra être diagnostiqué « non tuberculeux » avant qu'il n'ait été procédé à trois examens de crachats. Cette règle est absolue. Pour tout malade diagnostiqué tuberculeux, il y aura un examen de crachats tous les trois mois.

17. *Service pharmaceutique.* — Il sera donné aussi peu que possible de médicaments : les fonds des dispensaires ayant une destination autre et plus importante, celle de la préservation de la population. Les représentants les plus autorisés de la science médicale actuelle ne reconnaissant aucun médicament spécifique capable d'obtenir la guérison de la tuberculose. Toutefois, certains médicaments peuvent être nécessaires temporairement, et pour les indigents, ceux-ci seront fournis autant que possible par l'assistance médicale gratuite et par les bureaux de bienfaisance. Les malades reconnus nécessiteux par le dispensaire seront proposés à la Commission d'assistance communale par le service social du dispensaire ou par le médecin, pour être inscrits sur la liste des indigents. En attendant cette inscription, les médicaments pourront être fournis gratuitement par le dispensaire, mais à titre exceptionnel.

18. *Service rural.* — Le département sera divisé en autant de circonscriptions dont l'étendue est à déterminer par le Bureau technique de direction, qu'il y aura de dispensaires.

Chaque dispensaire est responsable de la lutte antituberculeuse dans sa circonscription et son action doit toujours s'étendre davantage afin d'arriver à dépister et surveiller le plus grand nombre de tuberculeux même dans les parties les plus rurales.

Chaque dispensaire, aussitôt installé, devra informer toutes les communes de son ressort et tous les médecins praticiens de sa circonscription, de son existence et du but qu'il poursuit et s'assurera de leur concours. Il demandera particulièrement une liste de tuberculeux indigents qui pourront bénéficier de la surveillance prophylactique à domicile et des secours que le Comité d'assistance et d'aide sociale du dispensaire pourra leur fournir.

Un système de consultations médicales, périodiques ou occasionnelles, sera institué dans différents centres de la circonscription, les consultations seront préparées par la visite préalable de la visiteuse d'hygiène rurale, aidée de bénévoles de la localité, les consultations auront lieu avec l'aide et le concours des municipalités, des bureaux de bienfaisance, des hospices et des médecins praticiens. On y dépistera les tuberculeux et les suspects nécessiteux.

Un *service rural* de dépistage, de diagnostic et de surveillance prophylactique sera organisé pour atteindre les plus petits villages de la circonscription. Il sera constitué par des *consultations rurales fixes et périodiques*, ou par un *service rural ambulante*.

Les consultations rurales fixes seront organisées, une fois toutes les deux semaines, dans des centres déterminés, dans des locaux fixes appartenant au comité du dispensaire. Elles seront préparées par la

visite préalable d'un visiteuse d'hygiène rurale, dite volante, aidée de bénévoles de la localité, et avec l'appui des municipalités, bureaux de bienfaisance, hospices, médecins praticiens des localités intéressées.

Le médecin spécialisé permanent, du Comité départemental, ou le médecin titulaire du dispensaire de rattachement se déplacera pour venir assurer ces consultations et établir le diagnostic des malades qui se présenteront. Les cas douteux seront invités à venir au dispensaire de rattachement disposant de tout l'outillage nécessaire.

Le service rural sera mieux assuré par une « équipe volante » de médecin spécialisé et de visiteuse rurale, transportés par une ambulance-automobile contenant l'outillage technique nécessaire, principalement un appareil de radioscopie et son générateur électrique. Cette équipe, uniquement destinée à ce service, est constamment en tournées dont l'itinéraire est fixe. Les locaux où se tiennent ces consultations sont prêtés par la municipalité à cette occasion, pour un ou deux jours par mois.

Le but de ces consultations périodiques ne sera pas autre que de dépister les tuberculeux et les suspects, d'arriver chez eux au diagnostic le plus précoce et le plus précis de la maladie, de les conseiller immédiatement sur leur état et de faire préserver l'entourage de ceux qui auront été trouvés contagieux par un examen médical scientifique complet et par la prophylaxie immédiatement mise à l'œuvre au domicile du malade par la visiteuse d'hygiène rurale. Le traitement suivi de ces malades dépistés ou suspects restera confié au médecin traitant de la localité et de leur choix.

Le service rural, étant essentiellement un service de préservation de la population des campagnes et des petites villes, sera compris dans les frais essentiels techniques des dispensaires, et sera à la charge du dispensaire le plus important de la région, du Comité d'arrondissement, ou même entièrement pris en charge par le Comité départemental. Ces Comités feront appel aux différentes communes qui bénéficieront de ce service.

19. *Fichier central.* — Un système uniforme de fiches médicales et sociales de registres, de rapports, sera utilisé dans tous les dispensaires du département qui seront affiliés ou dirigés par le Comité départemental. Ces fiches seront fournies gratuitement par le Comité départemental.

Un *fichier central médical* pour l'enregistrement des tuberculeux sera établi par le Comité départemental au secrétariat permanent sous la direction du Bureau technique du Comité, en collaboration avec l'inspecteur départemental d'hygiène.

D'autre part, un fichier social des œuvres de bienfaisance et d'assistance publiques ou privées, sera aussi constitué et sera en relations avec toutes les institutions de défense antituberculeuse. *Le but du fichier médical est d'établir une statistique exacte des foyers de tuberculose et de se rendre compte si ces foyers sont surveillés.* Le but du fichier social est de coordonner l'action de toutes les institutions d'aide sociale, de renseigner sur les secours distribués. Il empêche ainsi un malade de demander à plusieurs œuvres à la fois les secours d'assistance.

Pour l'établissement et le fonctionnement du fichier central médical, il est indispensable que le secrétariat permanent soit en relations constantes avec l'Inspection départementale d'hygiène, les divers services

de désinfection et le bureau de statistique départementale. Le personnel maniant ce fichier, est tenu au secret professionnel.

Chaque dispensaire envoie au fichier central la liste de ses cas de tuberculose (nom, âge, sexe, adresse), c'est-à-dire de « ses prises en charge » et l'avise de leurs mouvements, ou de leur « sortie des dispensaires » par hospitalisation, décès, changements d'adresse, etc.

Les hôpitaux ou sanatoriums seront aussi en collaboration étroite avec les dispensaires et aviseront le Fichier central ou, à son défaut, les dispensaires de leurs cas diagnostiqués de tuberculose à l'entrée dans ces établissements, des sorties et des décès des tuberculeux. Ils préviendront le dispensaire de la région où habitait le malade, afin que sa famille soit immédiatement secourue et visitée par la visiteuse d'hygiène et que le malade soit suivi lors de son retour au foyer. La visiteuse en chef collaborera activement à ce fichier central.

Le fichier central sera établi d'après un modèle et avec des fiches fournies par la Mission Rockefeller.

20. *Magasin d'approvisionnement central.* — Le secrétaire permanent a la charge de constituer un approvisionnement central pour répartir aux comités locaux les produits nécessaires au fonctionnement des dispensaires affiliés. Ces produits entre autres comprendront des crachoirs de poche, crachoirs de chambre et des produits de désinfection, des sacs à linge, des médicaments spéciaux, des produits de laboratoire, toutes les fiches médicales et sociales, les meubles, fichiers et autre mobilier, bicyclette, etc., après entente avec les dispensaires.

Ce magasin est constitué dans l'intérêt général des comités locaux et dans le but de leur procurer à des prix de gros les produits et objets nécessaires.

TITRE IV

Maladies, invalidités

21. *Maladies et invalidités.* — Il est de toute nécessité, en attendant la promulgation de la loi sur les assurances sociales, d'assurer le personnel contre la maladie et l'invalidité en s'affiliant à une société de secours mutuels, à une caisse de réassurance agréée par le Comité ou Office départemental, ou à l'Association mutuelle des visiteuses d'hygiène de France constituée par le Comité national. Il y a grand intérêt à ce que ces formalités soient accomplies deux ans avant l'entrée en vigueur de la loi sur les assurances ouvrières.

Quand la maladie aura été dûment constatée par le médecin désigné à cet effet et que sa durée n'excédera pas trois mois, les journées de maladie seront payées par le Comité, déduction faite des sommes versées par la Société de secours mutuels ou la Caisse de réassurance. Quand la maladie excédera trois mois, les journées de maladie ne seront plus payées, mais il pourra être alloué une indemnité à l'employé malade après avis conforme du bureau et pour une durée soumise à son appréciation.

Les infirmières visiteuses d'hygiène et les employées mariées, en cas de grossesse, cesseront leurs fonctions pendant huit semaines, c'est-à-dire quatre semaines avant l'époque présumée de leur accouchement, et quatre semaines après la date de leur délivrance.

Pendant cette période de huit semaines, elles recevront leur salaire

intégral si la durée de leur présence dans le service du Comité ou Office départemental est égal ou supérieur à un an. Dans le cas contraire, il leur sera alloué une indemnité calculée proportionnellement au temps passé au service du Comité ou Office départemental.

22. *Tuberculose.* — Un examen médical d'entrée et ensuite un examen annuel sera obligatoire pour tout le personnel rétribué qui vit ou travaille en contact avec les malades. Cet examen sera fait par un médecin désigné à cet effet par le Comité ou Office départemental.

Toute infirmière visiteuse d'hygiène et tout employé travaillant au dispensaire, en contact avec les malades, qui sera plus tard reconnu atteint de tuberculose par le médecin ci-dessus désigné, sera soigné par le Comité départemental.

Son salaire d'activité lui sera payé intégralement en cas de non-hospitalisation aux frais du Comité départemental, déduction faite éventuellement des secours qu'il pourrait recevoir des sociétés de secours mutuels ou des caisses de réassurance et de la pension d'invalidité, qu'il soit reconnu ou non en état d'assurer entièrement son service.

23. *Accidents de travail.* — Le personnel sera assuré par les soins du Comité et aux frais de celui-ci contre les conséquences résultant d'accidents de travail.

24. *Retraites.* — Le personnel, à l'exception des médecins, sera soumis au point de vue de la retraite aux dispositions de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes. (Même observation à ce sujet que pour les cas des maladies et invalidités.)

25. *Mesures disciplinaires.* — Pour le personnel autre que les médecins les mesures disciplinaires sont :

- l'avertissement;
- le blâme;
- le congédiement ou la révocation.

L'avertissement est prononcé par le Bureau technique de l'Office ou Comité départemental, les autres peines disciplinaires sont prononcées par le président, sur la proposition du Bureau après que l'employé a été invité à présenter des observations.

26. *Modifications aux règlements.* — Toute modification à ces règlements intérieurs ne pourra être faite que sur proposition du Bureau technique de direction, en séance régulière, au Conseil d'administration ou à l'Assemblée générale, après délibération du vote.





LA VISITEUSE D'HYGIÈNE EST L'AUXILIAIRE DES
MÉDECINS ET DES ŒUVRES SOCIALES DANS LA
CROISADE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LA MOR-
TALITÉ INFANTILE.

SOUTENEZ-LA !

Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France

Fig. 84 vis.

Une belle affiche de la Mission Américaine pour faire connaître
la Visiteuse d'hygiène.

CHAPITRE IX



LES INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE ET LES ÉCOLES DE FORMATION

Le rôle de la visiteuse d'hygiène dans la médecine préventive **La contribution Américaine**

L'infirmière professionnelle hospitalière avait depuis longtemps et dans le monde entier, pris une place importante auprès des médecins et des chirurgiens, en médecine curative. Mais dans la médecine préventive, dans l'administration de la santé publique, le rôle de la visiteuse d'hygiène n'était encore compris que dans un petit nombre de pays. Son rôle est pourtant aussi indispensable au succès de l'hygiène individuelle et publique, et de la prévention des maladies, qu'est celui de l'infirmière soignante hospitalière, dans le traitement des maladies.

En Amérique, il existe depuis longtemps, un grand nombre d'infirmières spécialisées, pour la puériculture, pour les accouchements, pour les écoles, pour les tuberculeux, pour les organisations industrielles. En 1923, le nombre de visiteuses d'hygiène (Public Health Nurses) n'atteignait pas moins de **10.000.**

Toutes tiennent une grande place dans les administrations privées et dans les services publics de l'Etat. Plusieurs Etats dans l'Union, se proposent même, d'employer une visiteuse d'hygiène pour 2.000 ou 3.000 habitants.

ENSEIGNEMENT DES VISITEUSES: UNE NOUVELLE PROFESSION.

— En France, en 1917, le nombre d'infirmières visiteuses pour tuberculeux, était presque insignifiant, et la visiteuse d'hygiène proprement dite, était pour ainsi dire inexistante. La tâche qui incombait au Bureau des Visiteuses, lors de sa création, était peut-être la plus difficile de toutes celles qui s'offraient à la Mission Rockefeller.

Les infirmières françaises étaient prises par la guerre, et lorsque la Mission commença son œuvre, elle eut beaucoup de peine à trouver quelques infirmières professionnelles, expérimentées en matière de tuberculose. On n'arrivait pas à se procurer non plus, des infirmières spécialisées dans le service social comme l'on en trouve en grand nombre aux Etats-Unis (Social Workers).

Jusqu'en 1915, lorsque se constitua le Comité Central d'Assistance aux Militaires Tuberculeux, il semblait qu'aucun effort général n'avait été fait, pour préparer le personnel indispensable à l'action des dispensaires, des Comités départementaux et de la lutte antituberculeuse, en général. Le travail sanitaire et prophylactique des quelques dispensaires, était assuré par des moniteurs comme à Lille et à Lyon, ou par des enquêteurs, dont le but était surtout d'obtenir des renseignements d'ordre économique. Le dispensaire Léon Bourgeois possédait néanmoins quelques visiteuses, et Mlle Chaptal, dans le XIV^e arrondissement, avait organisé des visites à domicile.

Grâce aux efforts de la marquise de Ganay, sous l'impulsion du Docteur Küss et de Mlle de Montmort, une école avait été ouverte en 1915, par l'Association des Infirmières Visiteuses afin d'y donner pour la première fois, un enseignement spécial en vue de la lutte antituberculeuse. Jusqu'en 1917, l'enseignement aux infirmières de cette école, devait être fait rapidement, dans des conditions nécessairement défavorables.

L'enseignement théorique et pratique était de 4 mois et de 10 mois. Les quelques infirmières ainsi formées portaient dans les hôpitaux et les stations sanitaires. Elles ne correspondaient pas aux « Visiteuses d'Hygiène », aux « Public Health Visi-

tors » d'Angleterre et d'Amérique, dont il fallait doter la France, du plus grand nombre possible.

L'expérience des membres de la Mission leur imposait la formation d'un tel personnel spécialisé, base indispensable dans la préservation de la Santé publique, et plus particulièrement dans la lutte contre la tuberculose et contre la mortalité infantile.

Tout était encore à faire. Il fallait généraliser l'idée de la Visiteuse d'Hygiène, la faire accepter par le Corps Médical et par l'opinion publique, préciser son rôle et déterminer sa place, en faire le recrutement, faciliter son instruction, lui trouver une situation permanente.

Au fond, c'était ouvrir la voie à une nouvelle profession destinée à des femmes de bonne éducation, qui désireraient se consacrer au bien, tout en trouvant les avantages qu'assure une situation rémunérée, comme la carrière de l'enseignement, par exemple.

Une propagande active fut menée en faveur du recrutement le plus large et de la formation la plus complète de visiteuses d'hygiène.

Un petit groupe d'infirmières américaines commença le travail de démonstration dans les dispensaires américains de Paris et d'Eure-et-Loir; mais il était évident, dès le début, que pour faire œuvre durable il fallait préparer un personnel français. Alors, des cours spéciaux pratiques furent organisés dans les deux écoles de Paris et dans les dispensaires américains. Aidées de quelques infirmières françaises diplômées de l'école de la rue Amyot, de l'école de Mlle Chaptal, de l'école Nightingale, de Bordeaux, Miss Elizabeth F. Crowell et ses collaboratrices américaines formèrent ainsi le premier noyau des visiteuses d'hygiène françaises, et mirent au point le service social des dispensaires antituberculeux.

Afin de favoriser le recrutement et d'aider les élèves sans fortune, la Commission Rockefeller fonda des bourses d'études; celles-ci furent d'abord de 150 francs, par mois, puis de 200, et ensuite de 300 francs.

On rechercha des infirmières françaises ayant l'éducation désirable et, de préférence, ayant fait un stage hospitalier. Plus de **70** répondirent au premier appel de la Mission Américaine et furent enrôlées au début de 1918. A la fin de 1918, 45 visiteuses d'hygiène formées travaillaient déjà dans les dispensaires de la Mission, 56 autres suivaient les cours des écoles, à Paris, comme boursières de la Mission.

Mais cet enseignement se trouva bien vite insuffisant, tant au point de vue du programme des études que du nombre des élèves. En province, l'organisation départementale poursuivie par la Commission Rockefeller donnait des résultats rapides et incroyables. Les comités et les dispensaires d'hygiène sociale se multipliaient et ne demandaient qu'à travailler.

Le terrain était fertile, il n'y fallait plus que la semence. De diverses parties de la France, dès la fin de 1918, les comités formés nous demandaient des visiteuses diplômées. Des écoles nouvelles se créèrent sous l'impulsion de la Mission, qui les aida : à Lille, à Nantes, à Lyon, à Strasbourg, à Marseille. Ces écoles étaient dirigées par des groupements français et des monitrices françaises ; dans plusieurs, des monitrices anglaises et américaines furent placées aux frais de la Mission.

En 1919, la durée des cours qui était de 6 mois pour les élèves déjà pourvues d'un diplôme d'infirmière, et de 10 mois pour celles ne possédant aucun diplôme, fut jugée trop courte, pour la préparation d'une bonne infirmière visiteuse. De la qualité de celle-ci, en effet dépendait en grande partie, la qualité du travail accompli dans les dispensaires, et il fut considéré comme nécessaire, qu'avant sa spécialisation, l'élève ait acquis une sérieuse culture professionnelle générale et hospitalière.

Les cours furent ainsi portés à 2 ans, comprenant une première année d'enseignement hospitalier général, et une année de spécialisation dans les services de tuberculeux et les services d'enfants. On pouvait croire que l'augmentation de la durée des cours nuirait au recrutement. Il n'en fut rien. Les candidates elles-mêmes et les comités qui demandaient

leur emploi avaient compris la nécessité d'un entraînement spécialisé et complet.

Les bourses offertes par la Mission permettaient aux élèves de faire le sacrifice de deux années d'études.

Sous l'impulsion de la Mission Rockefeller les 4 écoles d'infirmières visiteuses de Paris résolurent en 1918, de se grouper pour élaborer un programme d'enseignement dont les principes généraux seraient établis en commun. Ces quatre écoles étaient : l'école des infirmières visiteuses de France, l'école privée de Mlle Chaptal, l'école de la rue de la Glacière, l'école de la rue Amyot.

Le programme, comprenant deux degrés d'enseignement, fut établi par un comité combiné des écoles et de la Mission Américaine, notamment par le Docteur Guinon, Docteur Küss, Professeur Letulle, Professeur Léon Beirard, Docteur Girard Mangin, M. Fuster, Docteur James Alexander Miller et le Docteur Lucas. Ce programme des cours a paru dans le *Bulletin du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, en Janvier 1919.

LES FOYERS D'INFIRMIÈRES. — Au cours de l'établissement des diverses écoles d'enseignement et afin de favoriser la qualité du recrutement des élèves infirmières, qui devenait difficile, la nécessité de créer des foyers d'infirmières annexés à ces écoles, se posait nettement.

Il nous parut essentiel de se préoccuper des conditions matérielles du séjour à l'école, afin de procurer aux élèves une vie confortable à un prix modique, des distractions et du repos auxquels elles avaient droit. Sans l'existence d'un foyer, toute une catégorie de jeunes filles et de femmes était écartée. La Mission Américaine aida par tous les moyens possibles, à la création de foyers à l'Ecole d'Infirmières Visiteuses du Comité National à Paris, à l'Ecole de Lille, à l'Ecole de l'Association de la Loire-Inférieure, à l'Ecole Nightingale à Bordeaux

LE RÔLE DE LA VISITEUSE. — Le rôle et le travail de la visiteuse d'hygiène, tels qu'ils furent précisés par la Mission, ont

été exposés sommairement dans les règlements intérieurs détaillés au chapitre de l'organisation départementale (1).

Nous nous bornerons à reproduire p. 284 l'affiche attrayante d'Auguste Leroux, montrant la visiteuse d'hygiène dans son costume classique de 1918. Elle porte sur sa manche, la double croix, symbole de la lutte internationale contre la tuberculose et elle protège, en le tenant entre ses bras, un enfant coiffé du bonnet phrygien. Sous l'image se lit ce texte :

*LA VISITEUSE D'HYGIENE VOUS MONTRERA
LE CHEMIN DE LA SANTE
ELLE MENE UNE CROISADE CONTRE
LA TUBERCULOSE ET LA MORTALITE INFANTILE
SOUTENEZ-LA.*

Le tract publié par la Mission, en vue du recrutement est reproduit ci-dessous :

*L'INFIRMIERE VISITEUSE
D'HYGIENE*

Montre le chemin de la Santé aux malades.

Préserve la santé des bien portants

dans

LES FOYERS

LES ECOLES

LES ATELIERS

par

*LES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX
LES CONSULTATIONS SCOLAIRES*

(1) Le rôle de la visiteuse d'hygiène et les principes de son éducation professionnelle, mis au point par la Mission Rockefeller, ont aussi été exposés par le Docteur Violette, de Saint-Brieuc, en 1922, et par Mme Haloua Dorange, au Congrès de Strasbourg en 1923 (*Bulletin du Comité National*, mai-juin 1923).

*LES CONSULTATIONS DES NOURRISSONS
LES VISITES AU DOMICILE DES MALADES*

2. — QUE FAIT L'INFIRMIERE VISITEUSE D'HYGIENE?

Pour le médecin.

1° Elle amène les malades au dispensaire et les prépare à l'examen médical.

2° Elle apporte des renseignements précis sur leurs conditions d'existence chez eux, à l'école ou à l'atelier.

3° Elle répète sans se lasser les conseils du médecin.

4° Elle veille à l'exécution du traitement qu'il a prescrit.

5° Elle est l'auxiliaire indispensable des médecins dans la lutte antituberculeuse.

Pour le Malade.

1° Elle le visite à son domicile et lui donne les soins nécessaires après s'être entendue avec le médecin du malade.

2° Elle apprend à un parent ou à un voisin à continuer ces soins en son absence.

3° Elle dirige le malade sur un hôpital ou un sanatorium, si c'est nécessaire.

4° Elle relève et soutient son moral par sa bienveillance affectueuse.

Pour la Famille.

1° Elle la préserve de la contagion en lui apprenant les règles de la prophylaxie et de l'hygiène familiale.

2° Elle dépiste les autres membres de la famille qui ont besoin de soins ou de conseils médicaux.

3° Elle les renseigne au sujet des secours que l'Etat leur alloue (pensions, aide aux familles nombreuses, aide maternelle, etc.) et leur facilite les démarches à faire.

4° Elle obtient des secours privés pour les familles des malades nécessiteux.

5° Elle guide la mère de famille dans ses dépenses de mé-

nage (établissement d'un budget, manière économique d'acheter et de préparer les aliments).

Pour la Collectivité

1° Elle sert d'agent de liaison entre cette cellule sociale qu'est la famille du malade et toutes les organisations médicales et sociales qui peuvent lui venir en aide.

2° Elle dénonce aux personnes ayant autorité pour agir, les mauvaises conditions sanitaires qu'elle constate au cours de ses visites.

3° Elle stimule l'intérêt général dans les questions d'hygiène et la santé publique, en attirant l'attention de tous sur ses malades et leurs familles.

4° Elle éveille la conscience sociale des classes aisées et procure leur aide financière et morale

Aux dispensaires antituberculeux,
consultations de nourrissons,
crèches,
œuvre Grancher,
consultations scolaires.

5° Elle popularise les notions d'hygiène par des causeries dans les écoles,
les réunions maternelles,
les réunions ouvrières.

3. — *QUE DOIT ETRE L'INFIRMIERE VISITEUSE D'HYGIENE?*

Une Femme douée de :

TACT,

JUGEMENT,

DEVOUEMENT,

AGE : de 23 à 40 ans,

SANTE : parfaite,

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL,

BONNE EDUCATION et un attrait particulier pour ce genre de travail.

L'ENSEIGNEMENT

Cours complet de deux ans. Réduction pour les infirmières diplômées et ayant servi dans un hôpital pendant un an.

Nature de l'enseignement. Cours théoriques et stages pratiques.

Cours théoriques. Anatomie, Physiologie, Médecine, Chirurgie, Tuberculose, Hygiène infantile, Hygiène générale et individuelle, Hygiène alimentaire, Législation sociale, Œuvres sociales.

Stages pratiques. Chirurgical, médical, maternité, enfants malades, tuberculeux, dispensaire antituberculeux avec les visites à domicile, le service social, le système des fiches et tous les détails d'administration.

Si les candidates acceptées par un centre d'enseignement ne peuvent subvenir à leur entretien pendant cette période d'enseignement, des bourses peuvent être accordées sous certaines conditions.

Quand une élève a terminé son enseignement et reçu son diplôme elle peut facilement trouver un poste qui assurera son avenir comme :

Infirmière-Visiteuse d'hygiène Anti-Tuberculeuse ;

— — — Infantile ;

— — — Scolaire ;

— — — Industrielle ;

Son traitement commence à 500 francs et peut être augmenté selon ses aptitudes, ses responsabilités et la durée de ses services.

4. — OU L'INFIRMIERE VISITEUSE D'HYGIENE REÇOIT-ELLE SON ENSEIGNEMENT?

Bordeaux. 2 écoles.

1. Docteur Hamilton. Maison de Santé Protestante.
2. Ecole d'infirmières visiteuses de Bordeaux, 24, Quai des Chartrons.

Paris. 5 écoles.

3. Ecoles des Infirmières Visiteuses d'Hygiène du Comité National, 250, Boulevard Raspail.
4. Ecole de la Glacière, 25, Rue de la Glacière.
5. Ecole d'Infirmières-Privées, 10, Rue Amyot.
6. Ecole de la Croix Rouge S.B.M., Square des Peupliers.
7. Ecoles d'Infirmières Visiteuses, Institut Lannelongue, 29, Rue Diderot, Vanves.

Nantes.

8. Ecole des Infirmières Visiteuses d'Hygiène, 17, Rue Arsène-Leloup.

Lille.

9. Ecole des Infirmières Visiteuses d'Hygiène. Institut Pasteur, Boulevard Louis XIV.

Strasbourg.

10. Ecole des Infirmières de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1, Rue des Greniers.

Lyon.

11. Ecole d'Infirmières Visiteuses du Sud-Est. Hôpital de la Charité.

Marseille.

12. Ecole Régionale d'Infirmières Visiteuses. 25, Boulevard Phillipon.

Nancy.

13. Ecole Régionale d'Infirmières, 29, Rue de Strasbourg.

Pour plus amples renseignements, s'adresser directement aux Ecoles ci-dessus mentionnées, à la Fondation Rockefeller, 22, Rue de l'Elysée, Paris, ou au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66 *bis*, Rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

*
* *

Une organisation départementale, nouvellement créée n'appréciait pas de suite, la valeur des visiteuses d'hygiène ni leur nécessité; de plus, les appointements qui pouvaient paraître élevés à ce moment là, 500 francs par mois minimum, et que nous réclamions pour elles, représentaient une part importante des frais d'entretien des dispensaires. Beaucoup de comités furent effrayés par cette dépense, sur laquelle nous insistions fermement; ils nous proposaient en retour, l'emploi d'un personnel bénévole, plus ou moins bien instruit, et non spécialisé. Ici encore ce fut toute une éducation à faire.

Les services bénévoles ont leurs limitations, ils sont en général insuffisamment préparés, spasmodiques et dépendent des autres occupations personnelles. L'efficacité de la lutte ne peut être obtenue que par les visiteuses professionnelles qui donnent à leur tâche tout leur temps, tout leur dévouement et toute leur sympathie.

L'infirmière, ou la dame bénévole a d'ailleurs sa place dans l'organisation générale: dans un Comité d'Assistance, de propagande, de patronage, ou même comme assistante dans l'administration.

Nous réussîmes cependant à convaincre rapidement tous les Comités de dispensaires à n'employer que des visiteuses professionnelles et diplômées d'une école reconnue par la Mission Rockefeller et par le Comité National. Nous en faisons même une condition absolue de notre coopération financière. Nous leur offrons de payer les appointements de la visiteuse pendant la première année, estimant que les services rendus par elle pendant cette période de temps, démontreraient la nécessité de les continuer dans l'avenir. Nous ne nous sommes pas trompés. Pendant les 5 années d'organisation en France, nous avons eu la joie de constater qu'aucun dispensaire, comité local ou départemental n'avait renoncé à employer des visiteuses professionnelles pas plus qu'il ne renonçait à tout le

système administratif, dit américain, de fiches et dossiers de dispensaires, que nous avons institué.

Au début aussi de nombreuses critiques s'élevèrent, surtout de la part des médecins, contre l'infirmière visiteuse à qui l'on reprochait de donner des soins à domicile et d'usurper la place du docteur. Mais ceux qui firent ce reproche n'eurent, pour se convaincre de leur tort qu'à examiner le rôle purement social, prophylactique et administratif de l'infirmière visiteuse d'hygiène. La visiteuse d'hygiène a, elle-même, conquis sa place en France par son dévouement et les services constants qu'elle rend dans les dispensaires, dans les familles et parmi la population.

Résultats

De 1917 à 1922, plus de **700** bourses d'études furent accordées, dans les différentes écoles, aidées ou créées par la Mission Rockefeller. Plus de **400** infirmières visiteuses en sortirent diplômées. La Mission Américaine couvrit également les frais d'appointements des visiteuses d'hygiène des **264** dispensaires coopérant avec elle. En fait, presque toutes les bourses qui étaient allouées par la Mission, l'étaient à des candidates, ayant par avance des postes assurés dans les dispensaires, qui étaient en voie d'installation ou prêts à fonctionner.

Pour le paiement des traitements des directrices et des monitrices dans les diverses écoles créées, ainsi que pour la rémunération du grand nombre de visiteuses d'hygiène éduquées et placées à travers la France, la Commission Rockefeller a dépensé plus de **trois millions de francs**.

Disons enfin que la préparation de ce grand nombre d'infirmières visiteuses d'hygiène, la création de ces nouvelles écoles pour leur enseignement, le placement de ces visiteuses dans les divers dispensaires de province, l'ensemble de cet effort et de ces résultats est dû, spécialement, au talent organisateur de Miss Elisabeth Crowell. Nous devons à sa fermeté et à sa persévérance ainsi qu'à l'œuvre de nos délégués du

Bureau d'Organisation départementale, que les dispensaires d'hygiène sociale en soient venus à n'employer que des visiteuses d'hygiène professionnelles et diplômées, d'une des écoles reconnues.

Cette fermeté et les conditions mêmes des subventions que nous avons données, ont sauvegardé le bon fonctionnement médico-social de ces institutions et rehaussé la réputation d'une nouvelle profession que la Mission Américaine s'efforçait d'établir et de généraliser. Le progrès réalisé dans l'établissement du service social des dispensaires est dû tout entier à la coopération américaine.

« Grâce à elle, l'idée si féconde du rôle de la femme dans la lutte contre la tuberculose, s'est trouvée officiellement mise en valeur et par dessus tout, réalisée. » (1)

Le nombre d'infirmières visiteuses diplômées, en fonction dans les dispensaires, a augmenté progressivement : **45** au 31 décembre 1918 ; **84** en 1919 ; **153** en 1920 ; **200** en 1921 ; **267** en 1922 ; **559** en 1923, parmi lesquelles une vingtaine de visiteuses inspectrices départementales. Mais leur nombre n'a jamais été suffisant pour remplir tous les emplois dans les nombreuses institutions antituberculeuses s'organisant rapidement et un peu partout.

C'est encore à l'heure actuelle un problème des plus difficiles et celui qui retarde le plus le développement des organisations de défense. Cette insuffisance de personnel spécialisé et professionnel empêche d'obtenir un meilleur rendement du système général des dispensaires dans le pays.

Le nombre d'infirmières visiteuses diplômées en fonction dans chaque arrondissement de France, est indiqué au tableau n° , page . Ce tableau montre d'une part le nombre d'infirmières visiteuses, existant, et d'autre part, le nombre théorique d'infirmières visiteuses, nécessaires à chaque département.

(1) Professeur Maurice Letulle « La participation des Etats-Unis d'Amérique, à la lutte antituberculeuse en France », *Revue d'hygiène*, juin 1919.

Lançant un appel pour favoriser le recrutement de visiteuses, le Professeur Calmette, de l'Académie de Médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur, s'exprimait ainsi dans *la Vie Saine* (organe populaire du Comité National), en août 1924 : « La carrière d'infirmière-visiteuse est la plus belle de toutes celles qu'une femme peut embrasser. C'est certainement de beaucoup la plus noble, en tous cas, c'est la plus utile à notre pays, qui puisse être choisie.

« Cependant il existe encore dans la bourgeoisie, certains préjugés qu'il faut combattre.

« Les parents craignent pour leurs filles, le danger de la contagion, ou bien ils pensent que c'est une situation inférieure à ce qu'ils croyaient pouvoir espérer. Il faut vaincre ce préjugé, car il traduit une véritable défection morale et sociale.

« Un philosophe a dit que « la vie ne vaut vraiment la « peine d'être vécue que lorsqu'elle est consacrée à une grande « cause », or, pour vivre une vie digne d'être vécue, il faut, jeunes filles et femmes de France, que vous veniez à nous, que vous nous aidiez par votre propagande à recruter ces auxiliaires et à remplir nos Ecoles de bonnes élèves infirmières. »



CHAPITRE X



LA SURVEILLANCE TECHNIQUE DES ORGANISATIONS ANTITUBERCULEUSES

NÉCESSITÉ ET RAISONS DE CETTE SURVEILLANCE — LE SERVICE
MÉDICAL DES DISPENSAIRES ET DES COMITÉS ANTITUBERCULEUX
— MÉDECINS SPÉCIALISÉS — COURS DE PERFECTIONNEMENT.

Il ne suffit pas de créer des institutions, il faut surveiller leur fonctionnement. Il ne suffit pas d'assurer leur existence matérielle, il faut se rendre compte si les fonds ainsi distribués ont rendu, pour la préservation de la santé, les services que l'on était en droit d'espérer.

Le développement de la lutte antituberculeuse depuis 1917, particulièrement des dispensaires, a été si rapide, grâce à l'impulsion et avec l'aide financière de la Mission Américaine, qu'au début de 1920, il nous parut essentiel, pour l'avenir de notre travail, de constituer un *service d'inspection et de surveillance technique, médicale, sociale, et même financière* des Comités départementaux et locaux, des dispensaires, des laboratoires, hôpitaux, sanatoriums destinés à lutter contre la tuberculose dans les départements.

L'Etat, les départements, les communes, la générosité privée accordaient des sommes de plus en plus considérables pour faire vivre ces diverses organisations d'hygiène sociale disséminées à travers le pays. Mais comment étaient dépensés

tous ces fonds? Les résultats répondaient-ils aux sacrifices? Ces organismes rendaient-ils économiquement et prophylactiquement des services réels et effectifs?

Nulle inspection générale de ce genre n'avait encore été organisée en France. Le Bureau de l'organisation départementale de la Mission se fit un devoir de la constituer d'accord avec le Ministère de l'Hygiène, et dans l'espoir qu'après notre départ, ce service serait transféré ainsi que son personnel de délégués techniques à ce Ministère auquel appartient la poursuite d'un tel travail, étant donné surtout l'importance des subventions distribuées chaque année par ce Ministère. L'activité déployée par la Commission Rockefeller, dans la réalisation de son programme durant 1921-1922, fit de ces années une période féconde en résultats, et nous démontra combien certaines déficiences relevées dans de nombreuses organisations techniques rendaient cette mise au point nécessaire. Le service d'inspection technique était assuré à la Mission Rockefeller par les docteurs Evrot, Cailleret, Thomas, Duval, Bruno, et particulièrement par le docteur P.-E. Davy.

Etude du rendement des Dispensaires

Nos rapports constants avec les organisations de province et les voyages de nos délégués nous permirent de constater que l'insuffisance était due à une organisation parfois défectueuse des services médico-sociaux; à un défaut de coordination administrative avec les autres œuvres existantes; au manque de développement du service rural, et enfin à l'insuffisance des moyens de placement des malades dans des établissements hospitaliers.

Pour se rendre compte de l'action générale d'un dispensaire ou d'un groupe de dispensaires, avant l'inspection menée sur place, un jour de consultation, il est nécessaire qu'une étude soit faite au préalable, des fiches, des registres et des rapports mensuels de ces dispensaires. La lecture et la comparaison des chiffres recueillis dans ces rapports, fournit

alors une idée assez nette du développement du travail et, dans une certaine mesure, de sa valeur.

Donnons quelques exemples de ce contrôle :

Le nombre « des présences mensuelles aux consultations » et le nombre de « tuberculeux restant inscrits en charge », à la fin du mois traduit assez bien le travail effectif.

Voici une ville de **50.000** habitants possédant un dispensaire depuis **18** mois et n'ayant dépisté pendant ce temps que **12** tuberculeux parmi **30** malades en charge !

Dans un autre département où le Conseil général vote annuellement **140.000** francs pour des dispensaires antituberculeux, les dispensaires du département n'ont dépisté que **50** tuberculeux, inscrits aux dispensaires. Le coût est hors de proportion avec les résultats obtenus.

Le nombre de « nouveaux consultants » et de « nouveaux tuberculeux diagnostiqués » chaque mois et chaque année, surtout, si parmi les tuberculeux dépistés, il y a beaucoup de tuberculeux au début, plutôt qu'à un degré avancé, donne une idée de la *quantité et de la qualité du recrutement* de l'organisation.

Le nombre de malades « placés dans des institutions », le nombre de « personnes en contact » avec le malade, surtout les enfants, amenés au dispensaire pour y être examinés, ainsi que le nombre de visites à domicile, indiquent l'*activité prophylactique et sociale* du dispensaire.

Le nombre d'exams de crachats surtout de ceux dont le résultat est positif, c'est-à-dire ceux qui contiennent des bacilles ; la proportion des « tuberculeux diagnostiqués » par rapport au « nombre de consultants », ainsi que le nombre de cas dont le diagnostic n'est pas encore fait, traduisent la *qualité du service médical*.

De même qu'un écart trop considérable entre le nombre de « tuberculeux diagnostiqués » et celui des « consultants en charge » indique des déficiences certaines dans le service médical ; au début en effet, les médecins se sont fait parfois une idée erronée de ce qu'est le dispensaire qu'ils avaient tendance

à transformer en polyclinique ou en bureau de bienfaisance; dans d'autres cas enfin, ils n'avaient pas à leur disposition les moyens indispensables pour l'établissement des diagnostics.

Voici encore quelques exemples :

Un dispensaire visité a **204** consultants en charge, dont **20** *seulement* diagnostiqués tuberculeux : **180** attendent un diagnostic et gênent la marche du dispensaire.

Dans une ville de **10.000** habitants, un dispensaire montre **117** inscrits dont seulement **8** tuberculeux.

Dans une ville de **10.000** habitants, un dispensaire montre **200** malades en charge dont seulement **25** tuberculeux; l'on n'y fait jamais d'examen radiologiques ni laryngologiques et à peine **8** examens de crachats par mois. Après de pareilles constatations, l'inspection ne s'imposait-elle pas?

En vue de ces inspections techniques, nous avons préparé de grandes fiches comprenant un questionnaire des points essentiels et un graphique pour chaque dispensaire. Un coup d'œil donné sur ces documents nous renseigne ainsi mieux qu'un rapport. Nous donnons ici deux reproductions de ces graphiques : l'un, d'un dispensaire fonctionnant bien et l'autre, d'un dispensaire fonctionnant mal.

Enfin, on détermine le « *rendement général* » d'un dispensaire (individuellement ou en groupe), en établissant le quotient entre le nombre minimum théorique des tuberculeux ayant une lésion active et vivant dans la circonscription du dispensaire (cinq fois le nombre de décès par tuberculose) et le nombre de tuberculeux dépistés, connus et surveillés par ce dispensaire. Ce calcul est loin d'être absolu, vu la valeur douteuse, trop souvent, des statistiques des causes de décès; mais il pêcherait plutôt par excès en moins, que par excès en trop.

Nous exposons dans le chapitre de la Statistique, l'étude du rendement des dispensaires pour chaque département de France, à titre documentaire et comparatif. Les divers comités départementaux, en consultant ce tableau (page), pourront

eux-mêmes juger de l'efficacité de leur organisation antituberculeuse en la comparant à celle d'autres départements ou villes de population à peu près égale.

Il est évident que les comités départementaux et locaux n'ont pas tous la même durée d'existence, ni les mêmes ressources; mais ces chiffres indiquent où en est le travail de dépistage des tuberculeux dans chaque dispensaire et chaque département.

Voici seulement quelques exemples; pour les autres, nous prions le lecteur de se référer au tableau sus-indiqué.

Alpes-Maritimes :

a) Nombre théorique de tuberculeux avec lésion en évolution active (Minimum à dépister et à surveiller)	4.170
b) Nombre de tuberculeux connus et surveillés par les dispensaires pendant l'année 1922	610
c) Quotient de dépistage et de rendement (1)	14,5 %

Finistère :

a) Nombre théorique de tuberculeux en évolution (Minimum à dépister et à surveiller)	11.725
b) Nombre de tuberculeux connus et surveillés par les dispensaires pendant l'année 1922	3.007
c) Quotient de dépistage et de rendement (2)	26,6 %

Ce que l'inspection technique nous a révélé

Les raisons générales ou locales du mauvais fonctionne-

(1) Pendant l'année 1924, les dispensaires des Alpes-Maritimes avaient suivi 1.243 tuberculeux de toutes formes. Le rendement avait donc augmenté de 14,5 % à **30 %**.

(2) Les dispensaires du Finistère ont suivi, pendant 1924, 6.719 tuberculeux de toutes formes. Le rendement avait donc augmenté de 26,6 % à **55,2 %**; ce meilleur rendement suivit l'adoption, par le département, d'un service médical constitué par 3 médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle.

ment des dispensaires et des Comités sont extrêmement multiples et variables selon les endroits.

Dans l'ordre administratif, pour bon nombre de départements, l'organisation départementale présente encore des lacunes qui influent sur le rendement de ces institutions. Il y aurait intérêt à réviser les statuts et à adopter des règlements intérieurs de fonctionnement tels que ceux que nous avons exposés.

Les points faibles sont les suivants: manque de relations étroites entre les Comités locaux et le Comité départemental; manque de relations entre les diverses œuvres, institutions, personnalités, bureaux, s'occupant des tuberculeux; manque de liaison et de rapports définis avec les services municipaux et départementaux d'hygiène, avec l'inspection médicale des écoles, les bureaux de bienfaisance, les commissions des hospices, les dispensaires et les Comités de Croix-Rouge, le corps médical du département, les consultations externes et les services de malades dans les hôpitaux.

Des contrats très avantageux, comme cela a été fait dans plusieurs départements, peuvent être passés avec les associations de secours mutuels et avec les groupements industriels, au moyen de primes annuelles. Dans la Loire-Inférieure et en Saône-et-Loire, par exemple, des groupements industriels paient quelques francs par an et par salarié au Comité départemental ou au Comité local qui assure la prophylaxie et la préservation parmi les ouvriers et leurs familles. Des contrats-modèles ont été établis entre les Comités antituberculeux et les bureaux de bienfaisance, à Lyon, à Rennes, à Nantes.

Les relations avec les autorités publiques, municipales et départementales ne sont pas toujours assez étroites. On n'a pas encore recherché suffisamment l'appui moral ni la subvention annuelle importante des Conseils généraux qui devraient, en grande partie, supporter les frais de la défense contre la tuberculose dans leur département.

De plus, le dépistage des tuberculeux n'est pas assez intense; beaucoup de dispensaires se contentent des malades qui

se présentent spontanément ; trop d'œuvres diverses dans une ville ou dans un département soignent ou suivent les tuberculeux sans aucune coordination entre elles. Le dispensaire n'est pas un élément isolé ; autant que possible, les Comités doivent s'efforcer d'en faire le centre unique de diagnostic et de prophylaxie pour tous les tuberculeux nécessaires de la ville.

Afin d'amener le plus possible de tuberculeux dans les dispensaires, visiteuses, médecins et comités devraient s'entendre avec les médecins des hôpitaux chargés des services de malades et des consultations externes, avec les médecins des sanatoriums, avec les bureaux de bienfaisance qui souvent donnent des consultations indépendantes, avec les médecins faisant l'inspection médicale des écoles, surtout avec les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène et l'inspecteur départemental d'hygiène.

Même sans la déclaration obligatoire, les directeurs et inspecteurs d'hygiène peuvent signaler aux médecins des dispensaires les foyers de tuberculeux où une surveillance est nécessaire. Dans beaucoup de cas, cela a été obtenu ; et dans quelques villes le signalement des décès par tuberculose fait au directeur d'hygiène pour une cause ou une autre (désinfection), a permis le dépistage d'un bon nombre de personnes déjà contaminées, et a assuré une surveillance prophylactique efficace. Les anciens réformés pour tuberculose et ceux qui les entourent devraient accepter l'action du dispensaire exercée chez eux.

On n'a malheureusement pas tiré assez profit du dépistage des tuberculeux au moment des conseils de révision, et pourtant c'est l'unique occasion d'examiner médicalement tous les hommes, de conseiller aux tuberculeux et suspects ainsi trouvés, les choses les plus élémentaires en matière de prophylaxie, et de les aiguiller vers un dispensaire ou vers un médecin pour traitement. Sur nos instances, une mesure à cet effet fut prise dans beaucoup de départements, et même un décret fut rendu par le Ministère de l'Hygiène, en 1921.

Enfin le moyen puissant de dépister les tuberculeux, c'est

de demander aux médecins praticiens du département une coopération intime avec les dispensaires. Les dispensaires ne mettent-ils pas en effet à la disposition de ceux-ci, leurs divers services, tant au point de vue médical (rayons X, laboratoire, etc.), que social et prophylactique? Tout en suivant leurs malades au point de vue thérapeutique, les médecins praticiens peuvent les faire bénéficier de l'action bienfaisante des dispensaires qu'eux-mêmes ne peuvent leur fournir.

C'est justement en vue d'obvier aux lacunes et difficultés ci-dessus mentionnées, que notre programme d'organisation départementale comprend une *inspection médicale des dispensaires*, l'établissement d'un *fichier central médical et social* en relation étroite avec l'inspecteur départemental d'hygiène et toutes les œuvres de bienfaisance privées et publiques, et la création d'un poste de visiteuse en chef départementale, établi pour coordonner et surveiller l'action sociale du service des visiteuses d'hygiène.

Pour assurer la coordination administrative, des *secrétariats permanents* dirigés par des secrétaires rétribués donnant tout leur temps, ont été institués dans les nouveaux comités départementaux. 47 départements ont établi des secrétariats permanents dont 10 dirigés par des secrétaires rétribués donnant tout leur temps et 20 dirigés par l'inspecteur d'hygiène ou d'assistance. Pour faciliter la tâche financière des comités locaux ou départementaux, des schémas de budgets uniformes ont été établis, des Comités de patronage et d'aide sociale ont été organisés autour du dispensaire afin de recueillir et de distribuer les fonds nécessaires à l'assistance de toute sorte.

Le problème de la visiteuse d'hygiène

Le corps des visiteuses d'hygiène qui s'augmente sans cesse en France, s'est acquis une réputation excellente et méritée. L'opinion est à cet égard unanime et les craintes formulées au début par un grand nombre de médecins n'ont pas

été justifiées. Les visiteuses n'outrepassent jamais leur rôle purement social et prophylactique et elles se sont montrées dans la lutte antituberculeuse les auxiliaires les plus précieuses des médecins. Le problème des visiteuses d'hygiène réside dans l'insuffisance du nombre. Aujourd'hui même, beaucoup de dispensaires n'ouvrent par leurs portes parce qu'ils ne possèdent pas de visiteuses professionnelles diplômées pour assurer leur service social ; d'autres, pour ce même motif, n'étendent pas leur action. Le nombre des visiteuses a cependant augmenté d'une manière remarquable. En 1923, **232** élèves, dont **180** boursières, suivaient les cours dans les huit écoles existantes et, à la fin de 1923, **448** visiteuses professionnelles étaient en service dans **498** dispensaires.

Dé nouvelles écoles ont été établies, et les anciennes ont beaucoup plus d'élèves ; néanmoins, il y a encore de la place pour de nombreuses candidates dans ces écoles, et le grand service que nous pouvons tous rendre à l'organisation de la lutte antituberculeuse, c'est de recruter le plus possible de candidates, et de les diriger ensuite sur les centres d'enseignement.

Insuffisance de l'outillage technique

Un certain nombre de dispensaires, quoique bien aménagés au point de vue disposition des locaux, manquent de l'outillage technique indispensable, plus particulièrement en ce qui concerne les services de bactériologie, de radiologie, de laryngologie.

Sur **160** dispensaires visités par nos délégués de l'organisation départementale en 1922, **15** n'avaient jamais fait d'examens de crachats et **40** n'en indiquaient qu'un nombre bien insuffisant.

Beaucoup essayaient d'avoir leur propre laboratoire individuel ; d'autres faisaient faire les examens bactériologiques par des pharmaciens ou des médecins possédant un laboratoire personnel.

Disons, à ce propos, qu'il ne faut pas encourager la multi-

plication indéfinie de petits laboratoires médiocres dirigés par une personne ne disposant pas de tout le temps nécessaire et insuffisamment qualifiée.

Les résultats sont meilleurs si une des solutions suivantes est adoptée : ou bien les dispensaires concluent des arrangements avec des services publics de laboratoire fonctionnant régulièrement, soit gratuitement, soit moyennant une redevance annuelle, ou bien le Comité départemental crée pour ses dispensaires, un ou deux centres de laboratoire avec un outillage et un personnel spécial, compétent et suffisant. Dans ce dernier cas, ces laboratoires constituent une amorce d'un laboratoire de diagnostic général et public que chaque département devrait posséder. L'envoi des crachats à examiner se fait par la poste, dans des flacons spéciaux, soigneusement bouchés et placés dans une boîte en bois, ou sur des lamelles bien fixées.

Quant au service radiologique, 72 sur les 160 dispensaires visités ne pratiquaient aucun examen radiologique, bien des comités ayant reculé devant les frais d'installation de ce service. C'est là un fait regrettable, car tout malade devrait être systématiquement examiné aux rayons X, que ces examens aient lieu au dispensaire même, ou dans un centre radiologique desservant plusieurs dispensaires ; ou encore, après accord, dans un service bien organisé d'hôpital.

Un service ambulant radiologique peut être organisé comme cela a été fait dans le Finistère pour desservir les petits dispensaires secondaires, ceci rentrant dans le plan d'organisation du service rural ambulant antituberculeux. Combien de vieilles tuberculoses fibreuses, inactives au moment d'une auscultation, masquées souvent par des phénomènes concomittant de bronchite ou d'emphysème passeraient inaperçues, surtout chez les vieillards et chez les enfants, combien de diagnostics d'adénopathie bronchique ne seraient pas faits, si un examen aux rayons X n'était pas systématiquement pratiqué ? D'un autre côté, un examen radiologique est un attrait pour bien des malades et un bon élément de propagande pour le recrutement dans les campagnes.

Au point de vue des *services laryngologiques*, il y a une lacune presque générale qui tient à ce que beaucoup de médecins ne pratiquent pas cette branche de leur art, laquelle reste confiée à des spécialistes. Il paraît indispensable néanmoins que tout médecin de dispensaire fasse lui-même ces examens; l'installation en est facile et peu coûteuse, et tout tuberculeux et tout malade présentant des symptômes objectifs doit avoir son larynx examiné au miroir.

Difficultés du service médical

C'est au sujet de ce service que nos délégués et nous-mêmes avons dû user le plus de tact, d'initiative et de fermeté. Les conditions, qui accompagnaient nos donations, pouvaient sembler rigoureuses à cet égard, mais elles avaient pour but d'assurer aux dispensaires les meilleurs services techniques possibles. Nous désirions avant tout que le service médical fût assuré par un personnel fixe, spécialement qualifié et capable de consacrer tout le temps désirable à l'œuvre des dispensaires. Particulièrement, nous fûmes toujours absolument opposés au « système du roulement » des médecins dans les dispensaires. Nous favorisâmes les « médecins spécialisés » rétribués pour donner tout leur temps et ne faisant pas de clientèle (surtout pour les départements ruraux et les petites villes) ou, à défaut de ceux-ci, un « médecin unique », praticien local, titulaire du service, spécialement compétent, responsable du travail du dispensaire et assisté d'un ou plusieurs confrères. Dans l'un et l'autre cas, l'avantage est qu'on se trouve devant une personnalité compétente assumant à la fois une direction et une responsabilité.

Le « système du roulement » selon lequel tous les médecins d'une ville sont qualifiés comme spécialistes en tuberculose, fut au début préféré par certains syndicats médicaux et, par cette raison, adopté dans quelques départements. Tous les médecins qui le désiraient prenaient chacun un jour de consultation ou bien le dispensaire changeait de médecin tous les mois ou tous les semestres par exemple.

On avait, de la sorte, espéré arriver à un recrutement intense des tuberculeux ; le temps a montré que cet espoir était loin d'être fondé, tout au contraire. Les nombreux inconvénients d'un tel système sont, en effet, trop évidents pour qu'on y insiste, et la pratique a toujours prouvé que les dispensaires organisés avec un service de médecins « par roulement » périlclitaient immanquablement. Aussi les quelques dispensaires où une telle organisation existait, l'ont-ils abandonné les uns après les autres.

Actuellement, la tendance est de plus en plus accentuée à confier le service médical des dispensaires, soit à un praticien local spécialisé, médecin-chef du dispensaire, soit à des médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle.

« Le système du médecin unique », choisi parmi les praticiens locaux pour sa compétence spéciale, a prévalu avec de bons résultats, dans les grandes villes surtout. Dans les petites villes, il n'y a pas lieu d'être aussi satisfait dans l'ensemble, peut-être parce qu'il y est plus difficile de trouver des médecins présentant les connaissances spéciales nécessaires et disposant surtout du temps voulu. Dans les petites agglomérations d'ailleurs, leurs confrères hésitent à leur envoyer des malades, craignant une concurrence possible. Et puis, le dispensaire de petite ville étant un dispensaire à circonscription rurale, le médecin est astreint aux tournées avec la visiteuse d'hygiène pour dépister et diagnostiquer les tuberculeux des plus petites campagnes qui ne viendraient pas autrement au dispensaire ; comme nous l'indiquons plus haut, le praticien local n'aura pas le temps de remplir ce rôle.

Aussi, la Mission Américaine était-elle très désireuse de généraliser le système qu'elle admettait comme le meilleur et ~~qu'elle avait mis à l'épreuve~~ dans l'Eure-et-Loir, c'est-à-dire celui des « *médecins spécialisés permanents, ne faisant pas de clientèle* », et se divisant le travail dans un département en circonscriptions dont ils ont la responsabilité. Voici en quoi consiste ce système :

Le service médical des dispensaires est assuré par un ou plusieurs médecins payés pour donner tout leur temps, ne faisant pas de clientèle et nommés après concours. On voit les garanties et les avantages que cela présente : aucune rivalité à craindre pour les praticiens locaux, puisque le médecin spécialisé ne peut faire de clientèle, et en général promet, en cas de rupture de son contrat et de cessation de ses services, de ne pas s'installer dans la même région. Compétence plus grande, puisqu'il n'est nommé qu'après un concours exigeant des connaissances spéciales, non seulement en tuberculose, mais en matière de bactériologie, de radiologie, de laryngologie et également de législation sociale. De plus, on demande toujours qu'avant sa titularisation, il ait fait un stage dans des dispensaires et dans un sanatorium, connus pour leur bon fonctionnement. L'attrait d'ailleurs est plus considérable pour les malades, qui ont une préférence pour la nouveauté, et sont attirés par le fait que le médecin est un spécialiste. De plus, il est hors de doute que de tels médecins peuvent donner, en dehors de leurs consultations, davantage de leur temps et de leurs soins pour l'administration du dispensaire et l'organisation de la lutte antituberculeuse en général. Ils auront aussi la possibilité d'organiser le service rural ambulant, des consultations périodiques ambulantes et d'agir même gratuitement comme consultants dans le cas où des confrères feraient appel à eux et à leur outillage. Ces médecins sont rétribués (16.000 à 30.000 francs par an), par le Comité départemental : deux médecins de ce genre sont souvent suffisants pour la plupart des départements. Il est prouvé que cette organisation est en fait une économie pour les Comités et le Conseil général, car elle assure les divers services spéciaux des dispensaires et diminue pour l'avenir, les frais incombant aux départements pour l'assistance médicale gratuite.

Cette conception a soulevé d'abord de vives polémiques ; le corps médical en France manifestant une certaine répulsion envers les « médecins fonctionnaires », et craignant que la création de médecins spécialisés pour les dispensaires de tuber-

culose, ne soit suivie à bref délai d'une organisation analogue contre la mortalité infantile et les maladies vénériennes.

Cet émoi est en train de s'apaiser, et même les syndicats médicaux qui éprouvaient au début de la défiance, reconnaissent non seulement les avantages mais encore les garanties que comporte l'adoption du « *médecin spécialisé* ». Le rôle des délégués du Bureau de l'Organisation départementale de la Mission Rockefeller a été prédominant dans ce revirement d'opinion.

Attitude des médecins à l'égard des dispensaires antituberculeux. — Il faut avouer aussi que si, au début, la lutte antituberculeuse n'a pas donné, dans certaines villes ou certains départements, les résultats désirés, même là où des visiteuses professionnelles étaient employées, cela était dû à l'indifférence, voire même de la méfiance de quelques médecins envers les dispensaires. Dans certains endroits même, l'opposition fut vive et ce fait a tenu en grande partie, à ce que le corps médical, dans son ensemble, a été insuffisamment renseigné sur le programme et l'organisation de la lutte, ainsi que sur le rôle qu'ils y pouvaient et devaient jouer. Ces médecins n'appréciaient même pas les avantages que les dispensaires mettent à leur disposition au point de vue technique : facilité de diagnostic et de prophylaxie, assistance donnée à leur clientèle tuberculeuse. Plusieurs même appréhendaient la venue de la visiteuse d'hygiène dans laquelle ils ne voyaient qu'une concurrente. Quelle erreur ! La lutte antituberculeuse ne peut cependant donner son plein rendement sans la collaboration franche et entière de tous les médecins praticiens, et elle reste parfaitement compatible avec leurs intérêts particuliers. Mais l'opposition malheureusement ne voyait en cela que le côté de la médecine curative, et non l'esprit de la médecine préventive qui anime les organisations d'hygiène sociale.

Faut-il incriminer pour cela le grand corps des médecins ? Ces difficultés et cet état d'esprit d'une partie du corps médical s'expliquent, si l'on réfléchit, qu'il y a quelques années à

peine, l'enseignement de la médecine préventive et sociale, et même celui spécialement de la tuberculose n'était pas encore suffisamment organisé dans les facultés et dans les hôpitaux. Cela explique bien des difficultés que nous avons rencontrées dans la pratique de l'organisation antituberculeuse et du service des dispensaires. Elles s'atténuent du reste de jour en jour. La plupart des praticiens consentent maintenant à reconnaître le but véritable des dispensaires qui est : *dépistage, triage, prophylaxie*. Les délégués de la Mission Américaine au cours de leurs cinq années de voyage à travers la France, ainsi que les nombreux comités et dispensaires, auront été, à cet égard, de grands éducateurs.

Médecins spécialisés des dispensaires d'hygiène sociale

Les remèdes apportés par la Mission à cette situation délicate, mais sérieuse, furent surtout de deux ordres : la création de postes de *médecins spécialisés* des Comités antituberculeux, ne faisant pas de clientèle privée et donnant tout leur temps, et l'organisation des *cours de perfectionnement sur la tuberculose*.

D'autre part, les *principes de fonctionnement médical des dispensaires* que nous avons précisés dans les règlements intérieurs cités ailleurs, furent la condition essentielle de notre coopération financière, et même des subventions régulières accordées par le Ministère de l'Hygiène sur avis de conseillers techniques.

La campagne entreprise par le Bureau d'Organisation départementale, pour améliorer le service médical des organisations antituberculeuses, a abouti à ce résultat : en deux années, **20** départements avaient adopté le système de « médecins spécialisés permanents » ne faisant pas de clientèle. Au 1^{er} juin 1923, **38** spécialistes permanents étaient en fonction dans **22** départements, selon la liste suivante :

*Médecins spécialisés chargés du Service des Dispensaires
et ne faisant pas de clientèle.*

Aude	D ^r Cassan	Carcassonne.
Eure-et-Loir ...	D ^r Cassin	Dreux.
	D ^r de Rickert	Chateaudun.
	D ^r Rollin	Nogent-le-Rotrou.
Finistère	D ^r Moran	Quimper.
	D ^r Lacombe	Brest.
	D ^r Maynou	Morlaix.
Gironde	D ^r Cruchet	Libourne.
Hérault	D ^r Marissal	Montpellier.
	D ^r Roure	Béziers.
	D ^r Pradel	Cette.
Loir-et-Cher ...	D ^{sse} Veteau	Blois.
Loire	D ^r Martin	Saint-Etienne.
	D ^r Fumoux	Roanne.
Loiret	D ^r Luizy	Montargis.
Loire-Inférieure	D ^{sse} Pouzin	Nantes.
Maine-et-Loire	D ^r Chaillous	Angers.
	D ^r Amster adjoint ...	
Mayenne	D ^r Poirot	
Moselle	D ^r Boulangier	Metz.
Nord	D ^r Vansteenbergh ..	Lille.
Oise	D ^r Labesse	Beauvais.
	D ^r Génin	Creil.
Rhône	D ^r Mouisset	Lyon.
Saône-et-Loire	D ^r Doizy	Châlons-sur-Saône.
Sarthe	D ^r Gallouedec	Le Mans.
Seine	D ^r G. Guinon	Paris.
Seine-Inférieure	D ^r Morlot	Le Havre.
	D ^r Jouen	Rouen.
	D ^r Goulard	Dieppe.
	Deux autres.	
Seine-et-Oise ..	D ^r Humbert	
	D ^r Guillery	
	D ^r Guillermain	
Vosges	D ^r Triollet	Epinal.
Haute-Marne ..	D ^r Lemoyne	

Ce type d'organisation médicale fut vivement favorisé par la Commission Américaine qui fournit une aide financière aux

départements afin de le généraliser. Ce système est gros de conséquences pour l'avenir : il tend à créer toute une pépinière de médecins s'occupant d'hygiène et de médecine sociale lesquels, le moment venu, prendront la direction de toutes les questions d'hygiène sociale et de médecine préventive pour le plus grand bien de la santé publique.

Cours de Perfectionnement sur la Tuberculose

Dans le but de donner, dans la France entière, aux médecins praticiens, les notions de spécialisation, médicale et sociale, qui sont indispensables dans la conduite d'un dispensaire, la Mission organisa avec le plus grand succès et le plus grand profit, les *cours de perfectionnement sur la tuberculose*, au point de vue médical et social.

Au mois de juillet 1919, la Mission Américaine exposa la situation sérieuse révélée par ses inspections, devant un Comité composé des professeurs Calmette, Letulle, Bernard, Bezançon, Küss, Rist, Sergent, et proposa à ces personnalités de la Faculté de Médecine, d'organiser des cours de perfectionnement sur la tuberculose, afin d'y attirer les médecins des dispensaires et de remédier ainsi à l'insuffisance du rendement des organisations antituberculeuses en province. Pour faciliter ces cours, comme pour permettre aux médecins de province de venir passer à Paris une période de six semaines, la Commission Rockefeller offrit des bourses destinées à couvrir les frais de déplacement et de séjour, et à fournir une légère indemnité.

Cette proposition reçue avec enthousiasme, le premier cours eut lieu le 20 octobre 1919, 27 médecins y assistèrent parmi lesquels 20 devinrent boursiers de la Mission. Sur les 27, 15 étaient venus des départements. Ce premier cours de la Mission, donné par les sept maîtres nommés plus haut, fut un grand succès. En 1920, il y eut trois séries de cours, dont la première le 15 avril, sous la direction des professeurs Bezançon et Letulle assistés du Dr Küss. L'enseignement clinique était donné dans les hôpitaux Boucicaut, la Charité et Laënnec. Le travail

de laboratoire avait lieu à la Faculté, et l'enseignement des méthodes du dispensaire, au dispensaire central de la Mission Rockefeller, dans le 19^e arrondissement. **19** diplômes ont été décernés dont **7** à des médecins de province, deux à des médecins de Paris et les autres, à des médecins de Belgique, d'Italie, de Suisse et de Serbie.

Le deuxième cours de 1920 fut donné en juin, sous la direction du professeur Emile Sergent, assisté du D^r Ed. Rist. Ce cours n'était plus que de quatre semaines; **32** médecins furent diplômés, dont **20** venant des départements.

Le troisième cours de l'année 1920, fut donné en septembre, sous la direction du professeur Léon Bernard; on distribua **51** diplômes dont **45** à des médecins français venant de **21** départements différents.

En 1921, **92** médecins reçurent des bourses et suivirent les cours organisés par la Mission Rockefeller, sous les auspices de la Faculté de Médecine de Paris. Les **92** boursiers vinrent de **42** départements différents dont **37** départements que nous avons contribué largement à organiser. Il y avait, parmi eux, **41** médecins de dispensaires, **12** médecins de sanatorium, **8** inspecteurs départementaux d'hygiène et **31** s'occupant d'hygiène et de laboratoire.

Depuis l'organisation de ces cours, c'est-à-dire en trois années, 182 médecins français ont reçu des bourses de la Commission, et suivi le cours de perfectionnement sur la tuberculose. Parmi ceux-ci, 86 étaient des médecins de dispensaires, 18 médecins de sanatorium et le reste des médecins et inspecteurs s'occupant d'hygiène. Il y eut même à ces cours, 24 médecins étrangers, dont 11 envoyés spécialement par les autorités belges. Pour la Mission, le D^r W.-B. Soper eut la responsabilité de l'organisation de ces cours.

Dans la plupart des départements, depuis 1920, nous avons posé comme condition d'une coopération financière, le diplôme du cours de perfectionnement pour les médecins de dispensaires. Ces cours de perfectionnement organisés par la Mission furent féconds en résultats; non seulement, les médecins retour-

nant chez eux, comprirent mieux tout le problème de la tuberculose ; mais le rendement des dispensaires fut remarquablement amélioré. Ces cours facilitèrent aussi aux Comités locaux le choix d'un médecin de dispensaire car ils prirent surtout, celui qui avait fait l'effort de venir à Paris, pour se perfectionner. Ils servirent aussi à créer la sympathie et un lien d'intérêt entre les médecins de tuberculose de province et ceux de Paris ; finalement, ils ont aidé à former rapidement un groupe de médecins de sanatoriums, de dispensaires, de médecins spécialisés pour les comités départementaux, d'inspecteurs d'hygiène, mieux qualifiés qu'auparavant, pour suivre la campagne antituberculeuse.

Le coût moyen d'une bourse, offerte par la Mission, a été de 1.200 francs environ. De toutes les dépenses qu'elle a faites, aucune n'a été plus profitable.

Les relations de la Mission et de ses délégués individuellement avec le corps des médecins dans toutes les régions où nous organisons, furent toujours très cordiales, car tous reconnaissent notre ardent désir de les intéresser au programme soumis, de faire que chacun de ces praticiens devînt un promoteur pour l'enseignement de l'hygiène et la prévention des maladies ; de les persuader que le rôle le plus élevé du médecin moderne, c'est de prévenir plutôt que guérir.

Nous tenons à donner copie ici de la lettre que nous envoyions aux médecins, lors de l'ouverture des dispensaires américains de l'Aisne en 1919 :

Mon cher confrère,

Au moment où les dispensaires antituberculeux s'ouvrent dans le département de l'Aisne, nous croyons vous être agréable en vous rappelant les moyens dont vous disposerez à l'avenir pour lutter plus efficacement contre l'envahissement de la tuberculose.

Vous savez combien le médecin praticien est désarmé en face d'une famille mal logée, ignorante de toute hygiène, au sein de laquelle il dépiste un membre atteint par le bacille de Koch.

Là où un dispensaire antituberculeux fonctionne, la question change : si les médecins savent quels services ils peuvent lui demander — et si, par conséquent, ils s'adressent au dispensaire afin

d'obtenir pour chacun de ces malades douteux ou tuberculeux avéré :

1° Un complément d'observations qu'il ne peut prendre lui-même;

2° Des soins de prophylaxie et d'hygiène dans la famille des malades;

3° En cas de besoin, un placement pour le malade ou pour les enfants exposés au contact avec lui.

Permettez-moi, mon cher confrère, de reprendre chacun de ces points plus en détails.

1° Observation détaillée et suivie des malades.

Dès que le médecin soupçonne la tuberculose chez son malade, il l'envoie au dispensaire pour confirmer ou écarter son diagnostic de bacillose. Le malade y est soumis à une série d'examens qui, une fois terminés, permettent au médecin du dispensaire de le renvoyer à son médecin traitant avec, à côté du résultat de son auscultation, les indications suivantes :

Courbe de poids;

Courbe de température;

Examens répétés de crachats;

Examens laryngologiques et radioscopiques (si possible).

Le malade est invité à continuer à fréquenter le dispensaire à dates fixes, plus ou moins espacées, même après reprise de son travail et de sa vie habituelle.

En cas de perte de poids, de poussée fébrile, d'un incident quelconque constaté au dispensaire, (alors que le malade n'y attachait peut-être aucune importance) celui-ci est renvoyé à son médecin qui instituera le traitement nécessaire, éclairé par les précisions que lui fournit le dispensaire.

2° Prophylaxie et hygiène dans la famille du malade.

Dès qu'un malade inscrit au dispensaire a été diagnostiqué comme tuberculeux, l'infirmière visiteuse se rend à son domicile, établit sa fiche sociale (ressources de la famille, nombre et âge de ses divers membres, état sanitaire du logement), etc. Elle prend de suite les mesures les plus urgentes pour limiter les chances de contagion, isoler le malade dans son lit, dans sa chambre si possible, l'amener à comprendre la nécessité de l'emploi d'un crachoir, à prendre des précautions pour son linge sale, son verre, son couvert, etc. Elle insiste pour qu'il suive les conseils de son médecin au sujet de son repos, de son alimentation, de son aération. Elle ne perdra plus cette famille de vue, veillera à ce que le malade aille se faire examiner aux jours qui lui ont été indiqués, guidera

vers le médecin les divers membres de la famille afin qu'ils soient tous en observation médicale et traités très précocement s'ils présentent des traces d'imprégnation tuberculeuse.

Si le malade manque d'un lit, d'une couverture, s'il a besoin d'un supplément d'aliments, l'infirmière-visiteuse s'adresse au Comité de Patronage pour avoir l'aide nécessaire, après s'être assurée que le malade ne peut subvenir à ce surcroît de dépenses.

Enfin, elle cherchera par tous les moyens et encouragements à ce que le malade se soigne avec régularité et suive les conseils qu'il aura reçus; désinfection du logement, changement de domicile, de métier, ou autres conditions qui s'imposeraient pour améliorer l'état de toute la famille du malade et enrayer la propagation de la maladie.

3° Placement des tuberculeux.

Il ne suffit pas, ayant dépisté et diagnostiqué l'état d'un bacillaire, de le surveiller au point de vue hygiène et thérapeutique, il faut le mettre dans les meilleures conditions de cure, s'il est susceptible de guérison et l'isoler de sa famille, s'il est très contagieux et incurable.

Par l'intermédiaire des dispensaires, le Ministère des Régions Libérées, la Commission départementale du Conseil général, les Comités de Patronage assureront, dans la limite de leurs ressources et des places disponibles, l'envoi des tuberculeux dans les stations sanitaires.

Le médecin-chef du dispensaire, en présence d'un cas dont l'hospitalisation gratuite s'impose, adresse au Préfet sa demande motivée pour tous les renseignements du dossier médical et social du malade.

Les malades à hospitaliser seront :

Les enfants ganglionnaires, à adénopathie trachéo-bronchique ou débiles en contact tuberculeux.

Les enfants ou adultes atteints de lésions osseuses bacillaires.

Les adultes porteurs de lésions pulmonaires à leur début — qui bénéficieraient d'une cure de sanatorium.

Enfin les adultes ou enfants incurables, très contagieux, devront, par les soins du dispensaire, être écartés de leur famille et reçus dans les salles spéciales des hôpitaux locaux.

Au cas où les malades adressés au dispensaire en consultation seraient capables de faire eux-mêmes les frais de leur hospitalisation, la directrice départementale des Infirmières-Visiteuses se chargera de fournir à leur médecin tous les renseignements utiles sur des établissements payants, à la portée des malades.

Les effets réels de la lutte antituberculeuse ne pourront s'ob-

server qu'avec un grand recul. La condition essentielle du succès c'est que les médecins groupent tous leurs bacillaires autour de ce centre d'observation médicale spécialisée et suivie, de prophylaxie et de placement que constitue le dispensaire.

Néanmoins, ainsi comprise, elle pourra dès maintenant rendre des services très réels aux malades, instruire et éduquer les familles qui ignorent tout de l'hygiène et du danger de la contagion; enfin de seconder l'effort des médecins pour enrayer le progrès de la tuberculose.

Veuillez m'excuser, mon cher confrère, de toutes ces explications peut-être superflues, et croire à mes sentiments de cordiale sympathie.

LE DIRECTEUR ADJOINT
DE LA MISSION ROCKEFELLER.



CHAPITRE XI



LES STATISTIQUES DES CAUSES DE DÉCÈS

UNE SCIENCE SPÉCIALE

LA MORTALITÉ GÉNÉRALE LA MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE ET LA NATALITÉ EN FRANCE

COMPARAISON AVEC PLUSIEURS PAYS ÉTRANGERS
RÉSULTATS OBTENUS DANS DIFFÉRENTS PAYS

La déclaration des causes de décès

L'élément de succès et la base d'une campagne pour l'hygiène tant au point de vue général que dans le cas qui nous occupe c'est-à-dire au point de vue de la tuberculose, c'est une statistique sanitaire correcte et sincère, indiquant les décès suivant leurs causes ainsi que la fréquence des maladies et de différentes infections d'une région. Par ces données seulement, on appliquera efficacement les méthodes adéquates.

Pour la santé publique, les statistiques sanitaires, c'est comme la comptabilité dans une industrie. Sans elles, nul programme établi, nulle action durable, ni résultats réellement étudiés. En outre, plus tôt l'état exact des pertes inutiles causées à un pays par des maladies évitables sera connu de l'opinion publique, des autorités, des législateurs, plus tôt seront votées par le Parlement et les autorités locales, les me-

sures et les fonds nécessaires à la protection de la santé publique et à l'établissement des institutions nécessaires.

Il fut donc logique et primordial pour notre Service de la Statistique à la Mission Américaine de se documenter sur la mortalité et la morbidité de la tuberculose en France, ainsi que sur les méthodes françaises de statistiques vitales, tant en Eure-et-Loir, terrain de démonstration, que dans le pays tout entier.

Tout aussi importantes pour notre propagande générale en faveur de la santé publique, devaient être les comparaisons que nous pourrions faire de la mortalité par ces mêmes maladies en France, en face de la mortalité par ces mêmes maladies dans d'autres pays organisés.

Nous nous sommes tout de suite rendu compte qu'avec l'organisation actuelle des statistiques sanitaires en France, il n'était pas possible d'obtenir des chiffres précis sur le nombre de décès par tuberculose et sur la fréquence de la maladie, premiers points si importants pour établir la préservation autour des tuberculeux.

A la base de la campagne de défense contre la tuberculose aux Etats-Unis, nous avons posé la *déclaration obligatoire de la maladie*. Elle fonctionne déjà depuis plus de 25 ans (1897), avec les meilleurs résultats, sans nuire ni aux médecins praticiens, ni aux malades. La déclaration de la tuberculose, en évolution, pendant la vie du malade et même au moment du décès, n'est pas obligatoire en France, comme elle l'est dans la plupart des autres pays civilisés. C'est à notre avis, une grosse lacune. Nous y voyons, du reste, une question d'éducation et de législation. Le secret professionnel existe dans les autres pays autant qu'en France et, pourtant, on y déclare la tuberculose au même titre que la rougeole ou la diphtérie. L'opposition des médecins, pour cette déclaration obligatoire, fut aussi vive au début en Amérique qu'en France; elle n'a pas duré. La sauvegarde de la santé publique, l'intérêt de la Société, y ont été placés au-dessus de l'intérêt

individuel, et les médecins, comme les autres citoyens, se conforment à la loi qui existe.

Nous tenons à reproduire ici quelques décisions prises par l'Académie de Médecine, il y a déjà 12 ans, dans sa séance du 1^{er} juillet 1913. A la suite de la présentation à l'Académie de Médecine, et d'une discussion qui dura sept mois, du rapport de M. le Professeur Maurice Letulle et de ses conclusions, au nom de la Commission Permanente de Préservation contre la Tuberculose, concernant la *déclaration obligatoire de la tuberculose*; et à la suite des propositions d'amendement à ces conclusions, faites par MM. Roux, Vaillard, Landouzy et Richet, « l'Académie de Médecine, par un vote de 56 voix contre 26, et 8 bulletins blancs, a voté et émis l'avis suivant sur la question qui lui était posée :

« 1° Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose bacillaire ouverte soit obligatoirement déclaré, sitôt le diagnostic établi;

« 2° La déclaration sera adressée à un médecin sanitaire tenu au secret professionnel et qui veillera à l'exécution des mesures de prophylaxie lorsque celles-ci ne sont pas assurées par les médecins traitants.

« 3° La déclaration entraîne l'obligation, pour les pouvoirs publics, de procurer aux tuberculeux nécessiteux les soins que réclame leur état ainsi que l'assistance à leurs familles.

Le Professeur Vidal avait déposé en outre de cet avis, deux propositions additionnelles, l'une concernant la *déclaration obligatoire des tuberculeux hospitalisés*, et la seconde relative à la *construction de quartiers isolés* pour les tuberculeux dans les hôpitaux à construire. Cette dernière proposition, mise aux voix est adoptée et, une quatrième partie fut ajoutée à l'avis émis ci-dessus :

« 4° Lors de la construction de tout hôpital nouveau sur le territoire français, des quartiers bien isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit servir. »

A ce sujet, dans la discussion, à l'Académie de Médecine, le 3 juin 1913, le D^r Emile Roux disait : « Je n'y vois rien, en

effet, qui puisse causer un préjudice aux malades ou à leurs familles non plus qu'aux médecins. » La déclaration est faite à un médecin sanitaire, c'est-à-dire à un confrère aussi attaché au secret professionnel que le médecin déclarant lui-même. Le médecin traitant n'a pas de crainte à avoir et désirer que la déclaration fut faite par l'intermédiaire du chef de famille. « Ne peut-il pas prendre lui-même l'entière responsabilité d'un acte de défense sociale qui est de sa compétence ? ».

Parmi les motifs d'opposition, l'un des plus sérieux n'existe plus : c'était que la prophylaxie et la désinfection, raisons d'être de la déclaration, manquaient d'organisation suffisante. Aujourd'hui, l'armement antituberculeux est suffisamment développé, les 500 dispensaires ont dépisté plus de 25.000 cas de tuberculose ouverte, la propagande par l'éducation générale est assez solidement établie dans le pays, le nombre de lits dans les hôpitaux et dans les sanatoriums augmente, pour qu'il ne soit plus mis de retard à l'application d'une loi sur la déclaration obligatoire, et nous dirons même, une loi spéciale sur la tuberculose, aujourd'hui plus que jamais, désirable et urgente.

Combien de personnes meurent en France de tuberculose chaque année ?

Comment sont déclarées les causes de décès en France ?

L'exactitude du chiffre répondant à la première question découle de la réponse à la deuxième.

Les recherches et les enquêtes spéciales faites à cet égard par le Major Duffield, nous démontrèrent nettement que les chiffres officiels ne pouvaient être exacts. Les méthodes d'enregistrement des statistiques vitales, concernant les naissances, les mariages et celles des décès s'appuient sur le Code civil qui n'exige pas que le médecin ou le chirurgien établisse la cause du décès ; et le code pénal, article 378, interdit aux médecins, chirurgiens, services de santé, pharmaciens, sages-

femmes, etc., de rompre le secret professionnel. Le nombre des décès en France est enregistré avec exactitude, et la cause véritable de la mort est déterminée, théoriquement, par le médecin de l'état-civil. Mais ce fonctionnaire n'existe que dans un nombre relativement restreint de villes, et là où il n'existe pas, aucun texte de loi ne contraint un médecin traitant à indiquer la cause de décès. Par scrupules, pour ménager l'amour-propre des familles (ce qui nous paraît erroné), il se refuse souvent à désigner cette cause sur le certificat de décès; de sorte que, dans un très grand nombre de villes et de villages, l'employé de la mairie *crée* lui-même un diagnostic; et, se contentant de déclarations faites par un membre de la famille ou par le médecin avec lequel il vient de conférer, il inscrit, suivant l'inspiration donnée : « cause naturelle », « accident », « maladie », « crime » !

Dans une proportion peu élevée de cas, nous avons trouvé la cause du décès notée sur une feuille de papier que le médecin avait remise à la famille; celle-ci s'en servait ensuite comme elle l'entendait. Nous présumons, après cette enquête, que si le diagnostic donné par le médecin de la famille du décédé est celui de « cancer » ou de « tuberculose », il y a de grandes probabilités pour qu'il ne soit pas transmis à la mairie. La mort par tuberculose, cancer, maladies vénériennes, semble offenser particulièrement la mentalité française, et l'on peut conclure que le nombre de décès qui leur restent attribués, est sûrement inférieur à la vérité. Dans ces conditions et d'après ces déclarations, comment peut-on juger des pertes réelles causées au pays par certaines maladies?

L'analyse des statistiques publiées dans la « Statistique Sanitaire de la France » (1913) montre que **15,2** % de la mortalité totale de la France est due à la « sénilité », tandis que cette cause de décès n'est que de **6,1** % en Angleterre et Pays de Galles, et de **1,65** % aux Etats-Unis.

5,5 % des décès en France ressortissent de « causes inconnues ou mal définies », en Angleterre, cette catégorie n'est que de 0,5 % et aux Etats-Unis de 0,9 %. *En d'autres termes,*

20,7 % de la mortalité totale de la France en 1913 ont été attribués à des causes peu convaincantes : « sénilité » et « causes inconnues et mal définies ! ». Pour les années 1914, 1915, 1916, la proportion a été encore plus élevée, c'est-à-dire **23,2 %** de décès par « sénilité » et « causes inconnues » !

Dans la ville de Ch..., pour ne citer qu'un seul exemple, 25 % seulement des constatations de décès faites par les médecins indiquent les causes de décès et, sur 476 décès, 220 d'entre eux furent attribués à des « causes inconnues ou mal définies », soit 46,2 % ! Il a été aussi relevé que même les décès avant lieu dans certains sanatoriums de tuberculeux sont attribués à la « bronchite chronique » ou au terme vague : « maladies des voies respiratoires ».

En 1921, en France aussi bien qu'à l'étranger, des enquêtes furent menées, dans un certain nombre de villes et de villages sur ce point spécial. Notre service de la statistique se mit en relation avec le Dr Raoul Pacaud, qui poursuivait, pour le Ministère de l'Hygiène, une étude sur les méthodes de statistiques des causes de décès en France et le moyen de les améliorer.

Et voici le résultat : dans 230 communes, les déclarations de décès ne sont accompagnées d'aucun certificat pouvant établir la cause du décès. Dans 223, la mairie obtenait, après l'avoir demandée, la cause du décès par un certificat médical, donné par le médecin traitant. Dans 61 villes, le médecin envoyait à la mairie le certificat de décès mais sans noter la cause. Dans 54 villes d'une certaine importance, un service de médecins de l'Etat-civil existait pour la vérification de tous les décès et de leurs causes.

En résumé, dans 9 % seulement des villes existe une vérification spéciale des décès par un médecin de l'état-civil ; dans 37 % des villes, le médecin particulier donne un certificat de décès, mais ne mentionne pas toujours la cause. **Dans 55 % des villes et villages enquêtés, les statistiques officielles des causes de décès n'étaient basées sur aucun certificat médical.**

Dans ces conditions, quelle est l'exactitude des statistiques

des causes de décès en France, compulsées de cette manière?

La statistique sanitaire, néanmoins, doit être en mesure de rendre les plus grands services à la santé publique et à l'hygiène sociale, puisque c'est elle qui donne, pour le pays, l'indice-santé.

Il nous paraît que jamais l'amélioration de la santé publique en France ne fut plus indiquée et, dans ce cas, le certificat médical qui en est la base et que, seul, délivrerait le médecin traitant, devrait être exigible dans tous les cas où il y a eu des visites médicales précédant le décès. Dans les autres cas, une constatation médicale serait faite.

Nous devons espérer que du rapport officiel du D^r Pacaud résultera une réorganisation complète du système de déclarations des causes de décès, et que, dans un avenir prochain, les chiffres officiels et les causes seront aussi exacts en France qu'ils le sont par exemple, en Hollande, ou en Suisse. Ainsi, également, un des buts qu'a toujours poursuivi le service de statistique de la Mission Rockefeller aura été atteint.

Le système suisse de déclaration des causes de décès

Des enquêtes concernant les méthodes de statistiques vitales furent faites en Angleterre, en Suisse, en Belgique et en Hollande.

Le système suisse mentionnant les causes de décès ayant été trouvé fort intéressant au point de vue de son adaptation en France, la Mission Rockefeller envoya à ses frais en Suisse, M. Richard, statisticien de la ville de Paris, pour l'étudier.

La Suisse obéit au Code Napoléon en ce qui concerne la déclaration des naissances, des mariages et des décès, mais les médecins suisses, après entente, ont créé un certificat médical spécial pour déclarer la cause des décès.

D'abord, cette déclaration incombe à la famille et doit être déposée au bureau de l'état civil de la ville, dans les 48 heures. Au moment où l'acte de décès officiel est préparé et signé par le déclarant, l'employé de l'état civil remplit les deux segments

(verso)

Notice pour l'officier de l'état civil.

Tôt après l'annonce d'un décès, c.-à-d. la réception d'une déclaration de décès, l'officier de l'état civil remplit la carte de décès jusques et y compris la question 7. Cette carte est immédiatement envoyée dans une enveloppe double au *médecin qui a traité le malade*, ou, si un traitement médical n'a pas eu lieu, au *médecin appelé après le décès*. Dans la règle, la carte de décès doit, dans les 48 heures, être de nouveau entre les mains de l'officier de l'état civil, qui l'adresse au bureau fédéral de statistique.

Si la cause du décès ne peut être certifiée par un *médecin patenté*, parce qu'un traitement médical n'a pas eu lieu et qu'une attestation médicale du décès a fait défaut, l'officier de l'état civil l'indiquera, en réponse à la question 8, et mentionnera le motif de l'absence de certificat médical.

Observations pour le médecin.

Question 8. On doit distinguer avec soin ce qui est *maladie primaire* ou *causale* (8 a) et ce qui est *maladie consécutive* ou *secondaire* (8 b).

La question 8 a est importante au point de vue de l'hygiène et de la police sanitaire, mais il est souvent difficile d'y répondre; parfois la réponse est incertaine et même impossible à donner. Dans ce dernier cas, on fera un trait en regard de la question 8 a et, si la réponse est incertaine, on ajoutera un point interrogatif.

En cas de **mort violente**, il importe d'en indiquer exactement la nature, la cause et la date, et d'indiquer en même temps s'il s'agit d'un suicide (motif : *maladie mentale, alcoolisme, etc.*), d'un homicide ou d'un accident.

Question 8 c. Ici on indiquera les conditions pathologiques qui accompagnaient la maladie principale et qui ont exercé une influence sur le cours et l'issue de cette dernière, comme, par exemple, les déviations de la colonne vertébrale dans les affections du poumon et du cœur, l'alcoolisme dans les maladies aiguës, les maladies mentales, etc.

Question 10. Ici on indiquera les conditions sociales et les conditions sanitaires de l'habitation. Ces dernières sont surtout désirables dans tous les cas où la mort a été causée par une maladie épidémique, contagieuse ou tuberculeuse.

Les points à considérer sont :

I. Locaux habités : 1° Dimensions; 2° Exposition au soleil; 3° Ventilation; 4° Chauffage; 5° Humidité causée par une construction défectueuse; 6° Humidité causée par un usage abusif (chambres employées pour cuire les aliments, laver le linge); 7° Propreté, etc.

II. Chambres à coucher : les mêmes 7 points.

III. Eloignement des immondices : 1° Latrines; 2° Eaux ménagères.

IV. Alimentation d'eau potable.

(recto)

Nom du décédé.....

La notice pour les officiers de l'état civil se trouve au verso.

Le médecin est prié de bien vouloir : 1° répondre le plus tôt possible aux questions 8 à 10, en tenant compte des *observations inscrites au verso*, mais seulement après l'autopsie, si celle-ci a lieu; 2° contrôler les réponses données aux questions 1 à 7 par l'officier de l'état civil et, cas échéant, les compléter; 3° après avoir enlevé le présent coupon, mettre le bulletin dans l'enveloppe ci-jointe, fermer cette dernière et la mettre *sans retard* à la poste.

Masculin.

Registre des décès A 192.... N°.....

Arrondissement d'état civil :

District :

1. Décédé le..... à heures { matin*
soir*

2. Lieu du décès (Commune) :
(Quart. etc. hôp., établ., etc.)
Pour les non domiciliés au lieu du décès, durée
du séjour :

3. Profession du décédé :
Position dans l'entreprise :
Nature de l'entreprise :
Si le défunt a moins de 15 ans, profession du
père* ou de la mère* :

4. Etat civil : célibataire* — marié* — veuf*
— divorcé*.
Pr les enfants au-dessous de 5 ans : légit.*
— illég.* — mise en pension*.

5. Commune d'origine :
(Canton, Etat.)

6. Commune de domicile :

7. Né le..... à.....

8. Déclaration médicale de la cause du décès :

a. Maladie primitive ou cause primaire.....
(En cas de mort violente, indiquer le genre et
la cause)

b. Maladie conséc. et cause immédiate de la
mort

c. Maladies concomit. ou circonst. dignes d'être
mentionnées

9. Autopsie : Oui* — Non*.

10. Condit. sanit. de l'habitation, etc.....
(Voir au verso.)

Le médecin traitant* — appelé après la mort* :
Sig.) à

* Souligner les mots qui se rapportent
à la personne.

DÉCLARATION DES CAUSES DE DÉCÈS EN SUISSE.

Modèle de carte confidentielle de déclaration (recto) divisée en trois segments. L'employé de l'état civil remplit le segment supérieur et le segment moyen, puis il envoie la carte (couleur blanche pour masculin, couleur jaune pour féminin, couleur rouge pour morts-nés) au médecin traitant qui remplit le segment inférieur, détache et garde le segment supérieur qui indique le nom du décédé, et renvoie les segments moyen et inférieur qui restent à la Statistique générale à Berne.

Fig. 84 ter.

supérieurs d'une *carte confidentielle de décès* à trois segments (voir carte fig. 84 *ter*, page 328), pour tous les cas où le décédé a été soigné par un médecin au cours de sa dernière maladie.

Seul, le segment supérieur de la carte contient le nom du décédé.

Le segment moyen porte tous les détails nécessaires à la statistique : sexe, âge, profession, nationalité, etc. Ces deux segments sont remplis par l'officier de l'état civil.

La carte est ensuite transmise sous enveloppe spéciale au médecin qui a soigné le décédé. Ce médecin remplit le segment inférieur de la carte contenant la déclaration médicale de la cause du décès. Il détache et garde le segment supérieur où est indiqué le nom du décédé et renvoie les deux autres, où ce nom n'est pas indiqué, au bureau de l'état civil, sous enveloppe spéciale portant un numéro ; ce qui permet de contrôler également si les cartes envoyées par le bureau de l'état civil sont renvoyées par les médecins.

Le bureau de l'état civil n'ouvre pas ces enveloppes. Après contrôle du numéro, le pli est transmis intact au Bureau de la statistique générale, à Berne. Les villes de 10.000 habitants adressent ces enveloppes hebdomadairement, les communes moins importantes, une fois par mois.

Le médecin, en gardant pour lui le segment de la carte qui porte le nom du décédé, a échappé à la violation du *secret professionnel* ; et il s'est senti, par suite, entièrement libre de donner tous les détails concernant la maladie ou le décès.

S'il n'y a pas de médecin soignant, la cause du décès est fournie par le médecin vérificateur de l'état civil.

Il faut remarquer que le succès du système suisse des causes de décès dépend entièrement de la bonne volonté de ceux qui ont assumé la profession médicale et non pas d'un acte de législation. Aucune loi obligatoire ne donnerait, sans doute, de meilleurs résultats.

Nous estimons que le fléau de la tuberculose est suffisamment grave en France pour justifier une déclaration obligatoire dans l'intérêt de tous. Mais à défaut de cette déclaration,

nous sommes amenés à penser que le système suisse combiné comme cela existe en Suisse, avec les prescriptions du Code Napoléon, en ce qui concerne les déclarations des naissances, mariages et décès, remplirait les conditions d'un système idéal d'enregistrement des statistiques vitales.

Nous insistons pour qu'on l'adopte en France à défaut d'une déclaration obligatoire. Du reste, un projet de modification de la méthode actuelle a été soumis au Ministère compétent par le Service de la statistique de la Mission Américaine.

En donnant satisfaction aux médecins traitants, opposés à la déclaration obligatoire, cette méthode permettra pourtant de connaître les ravages exacts du mal dans une région déterminée mais elle péchera, comme pèchent beaucoup de demi-mesures, par le fait qu'elle ne permet pas de s'assurer si la prophylaxie autour des tuberculeux est bien mise en pratique. Et c'est là justement le point capital de la lutte antituberculeuse. C'est pourquoi, nous le répétons, nous préférons la déclaration obligatoire de la maladie pendant la vie et au décès du tuberculeux, telle qu'elle est pratiquée aux Etats-Unis. C'est le seul moyen qui donne à ceux auxquels est confiée la garde de la santé publique, la possibilité de fournir les soins et l'assistance matérielle aux malades dépourvus de ressources et d'assurer aussi la préservation des personnes saines, autour de ces tuberculeux, à quelque classe de la société qu'ils appartiennent, soit que l'on recoure à une organisation publique, soit que l'on s'adresse aux médecins traitants particuliers.

**Impossible d'enrayer le mal et la propagation du mal,
si l'on ignore ceux qui le portent.**

Un exemple de la surveillance que permet la déclaration obligatoire nous est fourni par la ville de New-York. A New-York, les médecins et les institutions hospitalières ont déclaré 27.819 tuberculeux vivants au cours de 1923. Le Bureau des maladies évitables s'est renseigné automatiquement sur le sort de ces tuberculeux. L'enquête a montré que 12 % sont inscrits

et surveillés par les dispensaires de la ville, 11 % sont soignés et surveillés par les médecins traitants particuliers, 13 % sont dans les hôpitaux et 12 % dans les sanatoriums, soit 48 % de tous les tuberculeux vivants déclarés recevant des soins médicaux et prophylactiques.

Le reste, soit 52 % des cas vivants est composé de 31 % sans soins médicaux et 21 % qu'on n'a pas trouvés à l'adresse indiquée.

Les 31 % non soignés par un médecin sont des cas apparemment guéris et rendus au travail, contrairement aux cas en évolution que l'on continue à soigner; mais ces 31 % restent sous la surveillance sanitaire des visiteuses d'hygiène du service de santé publique, ce qui donne, est-il besoin de le dire, les meilleurs résultats.

La mortalité générale et la mortalité par tuberculose en France

Comparaison avec plusieurs pays étrangers (1)

Quel est le nombre des décès en France c'est-à-dire quelle est la mortalité par toutes causes et tous les âges réunis?

I. — MORTALITÉ : TOUTES CAUSES ET TOUS AGES RÉUNIS.

Des études qui furent faites par M. T.-J. Duffield, M. Moine et nous-mêmes, à la Mission Rockefeller, il ressort une série de courbes et de comparaisons démontrant la situation grave de la France, par rapport à d'autres pays du monde.

Le graphique A, fig. 85, p. 332 décrit par périodes décennales, de 1820 à 1920, les coefficients de mortalité générale annuelle de divers pays pris comme sujets de comparaison.

Durant la décade 1901 à 1911, on a enregistré en France

(1) Les données ci-dessous sont basées sur des rapports de MM. Duffield et Moine, statisticiens de la Mission Rockefeller, sur les chiffres officiels du Ministère de l'Intérieur et sur des études personnelles.

De 1810 à 1920

MORTALITÉ GÉNÉRALE (morts-nés non compris) DANS DIVERS PAYS (1)

La courbe pour chaque pays est basée sur la moyenne du nombre de décès annuels pour chaque 10.000 habitants, moyenne établie par période décennale.

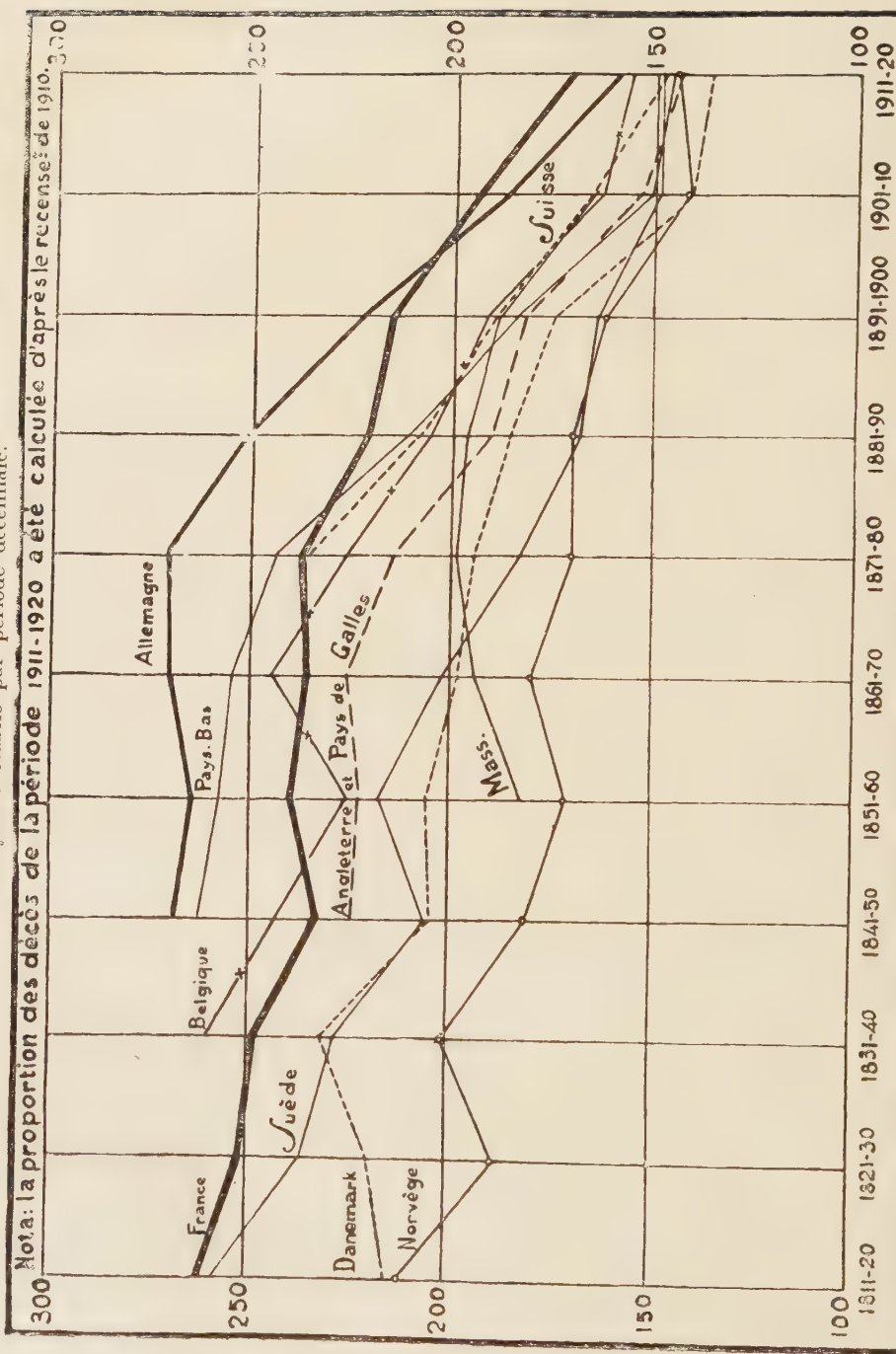


Fig. 85. — GRAPHIQUE A.

(1) Chiffres obtenus d'après le recensement de 1910.

une mortalité générale, par toutes causes et tous âges réunis, de **194** décès par 10.000 habitants, cependant que le taux moyen de l'Empire allemand était à **187**, et celui des autres pays montrés dans le graphique, de **148** et **155**. Cela veut dire que la France enregistrait annuellement 28.000 décès de plus que ses voisins de l'Est. Cependant, en 1881, la proportion avait été tout autre. L'Allemagne tenait alors le record de la mortalité avec 255 décès par 10.000 habitants. En 1911, la mortalité n'y était plus que de 165; c'est qu'en entre temps, l'Allemagne avait organisé la protection de la santé publique. Une remarque semblable s'applique aux Pays-Bas, où la mortalité générale en 1881 était plus élevée qu'en France, soit 245, tandis qu'en 1911, elle n'était plus que de 150 pour 10.000 habitants.

En 1901, 1911 et en 1921, voici comment se classaient les pays, dans l'ordre où l'on mourait le plus, c'est-à-dire où la durée moyenne de la vie était la moins longue; à côté du nombre des décès pour 1.000 habitants, nous mettons le nombre de naissances vivantes pour la même proportion de population, afin de mieux souligner la natalité par rapport à la mortalité. (Tableau n° 7, page 335.)

C'est évidemment en France où l'excédent des naissances est le moins élevé. En 1923, on comptait **17** décès et **19,4** naissances vivantes pour chaque 1.000 habitants, tandis qu'en Angleterre et Pays de Galles, les chiffres étaient respectivement de **11,6** décès et **19,7** naissances. Si l'excédent des naissances se trouve ainsi de plus de **8** en Angleterre et moins de **3** en France, cela n'est pas dû au fait qu'il naît plus d'enfants en Angleterre, mais à ce *qu'il y meurt beaucoup moins de personnes*. En d'autres mots, l'augmentation de la population en Angleterre est due non pas à sa haute natalité, mais bien à sa basse mortalité, et cela démontre une fois de plus que c'est *l'abaissement de la mortalité par une organisation sérieuse de l'hygiène générale nationale, qu'il faut savoir atteindre pour résoudre le problème de la repopulation en France*.

D'autre part, la moyenne annuelle des décès en France de 1910 à 1920 (population civile) était de **18,4** pour 1.000 habitants, tandis qu'en Angleterre, elle était de **13,6** et aux Etats-Unis de **13,9**. *Cela veut dire que 175.000 personnes meurent en France annuellement de plus qu'en Angleterre ou aux Etats-Unis, pour des causes générales ou particulières qui pourraient être évitées*, si le public français vivait suivant les mêmes lois et les mêmes règlements sanitaires que les habitants d'Angleterre ou des Etats-Unis. Et pourtant l'Angleterre et les Etats-Unis sont des pays beaucoup plus industriels que la France, ce qui veut dire que la population y est infiniment plus sujette aux accidents et aux maladies, conséquences de la vie industrielle (1). Nous ne croyons pas à un défaut de vitalité du peuple français, mais à une organisation d'hygiène générale et de protection de la santé publique moins complète et moins perfectionnée en France que dans ces deux autres pays.

La natalité en France

Les naissances diminuent ou augmentent peu en France : de 1910 à 1920 inclus, la moyenne des naissances vivantes était de **17,7** pour 1.000 habitants, tandis que pendant ces mêmes années, la moyenne des décès (population civile), était de **18,4**. La diminution de la population allait donc en augmentant pendant cette décade. Le tableau comparatif de la mortalité et de la natalité, étudié plus haut, montre qu'en 1921 la natalité en France était plus forte que la mortalité, mais que néanmoins c'est en France qu'il y a le moins de naissances.

Pendant la période de 1881 à 1911, l'augmentation de la population française était seulement de 1.930.000 ; soit 5,12 % en plus sur celle de 1881, tandis que l'Allemagne avait augmenté dans le même temps de 20.340.000, soit 43,5 %, et l'Angleterre et le Pays de Galles de 10.096.000, soit 38,5 % (2).

(1) Extrait d'une étude du D^r Linsly R. Williams.

(2) Rapport de MM. Duffield et Moine, statisticiens.

DIVERS PAYS

MORTALITÉ GÉNÉRALE (morts-nés non compris) ET NATALITÉ

NOMBRE DE DÉCÈS et NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES pour 1.000 habitants

EN 1901	DÉCÈS	NAISSANCES	EN 1911	DÉCÈS	NAISSANCES	EN 1921	DÉCÈS	NAISSANCES
1. Italie	22.0	32.5	1. Italie	24.4	31.5	1. France (1)	17.7	20.7
2. Allemagne	20.7	35.7	2. France	19.4	18.7	2. Italie	17.5	30.4
3. France	20.1	22.0	3. Allemagne	17.3	29.5	3. Allemagne	14.8	26.
4. Suisse	18.0	29.1	4. Irlande	15.6		4. Irlande	14.8	
5. Belgique	17.2	29.4	5. Belgique	16.4	22.9	5. Suisse	14.4	25.8
6. Pays-Bas	17.2	32.3	6. Suisse	15.8	24.1	6. Ecosse	13.6	
7. Angleterre et P. de Galles	16.9	28.5	7. Ecosse	15.1		7. Belgique	13.5	21.9
8. Suède	16.8	27.	8. Angleterre et P. de Galles	14.6	24.3	8. Suède	13.3	21.4
9. Danemark	15.8	29.7	9. Pays-Bas	14.5	27.8	9. Angleterre et P. de Galles	12.1	22.4
10. Norvège	14.9	29.6	10. Suède	13.8	24.	10. Norvège	11.4	21.4
			11. Norvège	13.2	25.6	11. Pays-Bas	11.1	27.4

(1) Mortalité : le plus élevé. — Natalité : le moins.

UN GRAPHIQUE SIGNIFICATIF

L'excédent du taux de la natalité sur le taux de la mortalité dans différents pays : Japon, France, Allemagne, Belgique, Suède, Suisse, Norvège, Angleterre et Pays de Galles, Hollande (année 1921).

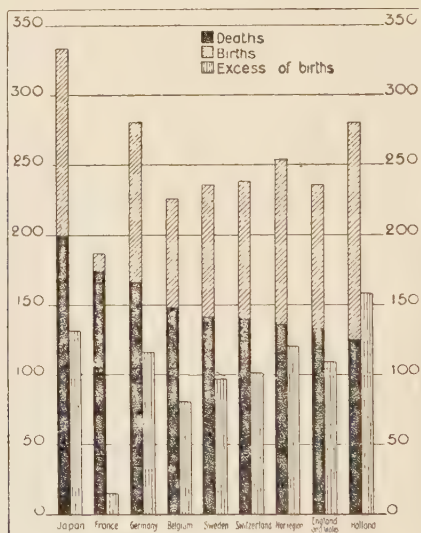


Fig. 90. — GRAPHIQUE —

Graphique montrant, dans différents pays du monde, le *nombre des décès* (niveau atteint par la colonne noire), le *nombre des naissances* (niveau atteint par l'ensemble de la colonne noire et de la colonne avec hachures obliques, surajoutées), et l'*excédent de ce taux de la natalité sur celui de la mortalité* (indiqué par la colonne avec hachures verticales).

Les chiffres sur l'échelle, à droite et à gauche, indiquent le nombre de décès ou le nombre de naissances pour 100.000 habitants, c'est-à-dire le taux de la mortalité ou de la natalité.

La France a l'excédent de la natalité sur la mortalité de beaucoup le plus bas, lorsque comparée aux autres nations indiquées sur ce graphique.

Donc, en France, on meurt plus, on y naît moins ; la durée de la vie y est moins longue que dans plusieurs autres pays (3).

Par toutes sortes de mesures législatives, financières, primes, publicité, propagande montrant à la population française la nécessité d'accroître sa natalité, inférieure à celle des autres pays, la France essaie de remédier à cet état de choses, néanmoins l'effort n'est pas assez considérable et important pour diminuer la mortalité générale ni même pour frapper l'opinion publique. Il faut que la France se serve des mesures sanitaires adoptées par les autres pays bien organisés ; elle réduira alors sa mortalité et par cela même sa natalité s'accroîtra, augmentant sa population, automatiquement et régulièrement.

Ces résultats ne pourront naturellement pas être obtenus en un an ou deux, mais seulement par l'application continue de ces méthodes éprouvées. Il paraîtrait aussi préférable de consacrer à l'application des mesures et méthodes sanitaires destinées à réduire la mortalité, les fonds actuellement employés à favoriser l'accroissement de la natalité dont le résultat a été jusqu'ici négatif.

Et le peuple français en entier devrait assumer la responsabilité et les charges financières. Ce placement qui rapportera des vies humaines ferait que les dépenses engagées se solderaient vite par le repeuplement de la France et sa plus grande prospérité.

Quel rôle jouent, dans cette mortalité élevée, les maladies infectieuses, microbiennes, parmi lesquelles la tuberculose ?

Les découvertes scientifiques de Pasteur et de ses élèves ont permis de réduire notablement le taux de la mortalité dans le cas de maladies microbiennes ; elles ont ouvert à la

(1) Voir graphique, fig. 90.

science médicale une ère nouvelle et bienfaitrice : celle de la prophylaxie ou la prévention des maladies infectieuses. Mais c'est dans d'autres pays, que l'application de ces découvertes françaises a porté le plus de fruits.

Pour la *fièvre typhoïde*, dans les villes de 5.000 habitants et au-dessus, la mortalité est tombée de **43,9** pour 100.000 habitants en 1889, à **32,7** en 1899, à **13,5** en 1913 — soit une diminution de **69,5** %.

Pour la *variole*, diminution plus rapide : elle est de 98,3 %.

La *coqueluche* montre une diminution de 49,3 % sur le taux de 1889, et la diphtérie, une diminution de 85,3 % grâce à la découverte de Roux.

Mais les résultats ci-dessus ne peuvent malheureusement pas s'appliquer à la *tuberculose* qui, avec la *mortalité infantile*, sont les causes principales de la mortalité élevée, en France.

Mortalité infantile

Le taux annuel moyen de la mortalité infantile était de **167** pour 1.000 naissances pendant la période 1881-1885, de **126** pendant la période 1906-1910 et il est tombé à **122** en 1916 et à **97** pour 1.000 naissances en 1920.

Mais ici encore les autres pays ont eu des résultats plus marqués et plus rapides. Le graphique B, page 339, montre les courbes de la mortalité infantile dans divers pays (enfants décédés au-dessous d'un an), par période de cinq années, depuis 1861 jusqu'à 1920. Pendant la période quinquennale de 1916 à 1920, l'Allemagne a eu un taux moyen de mortalité infantile de **144**, et l'Etat de New-York, le taux de **90** pour chaque 1.000 naissances vivantes, la France avait le taux le plus élevé, la Norvège, le moins.

Voici, par ordre de la plus haute mortalité infantile, décès de 0 à un an, morts-nés non compris, le classement de divers pays en 1913 et en 1923 :

La courbe pour chaque pays est basée sur le *nombre* du *total* annuel de *morts* au-dessous d'un an, pour chaque 1.000 naissances vivantes, moyenne établie par période quinquennale.

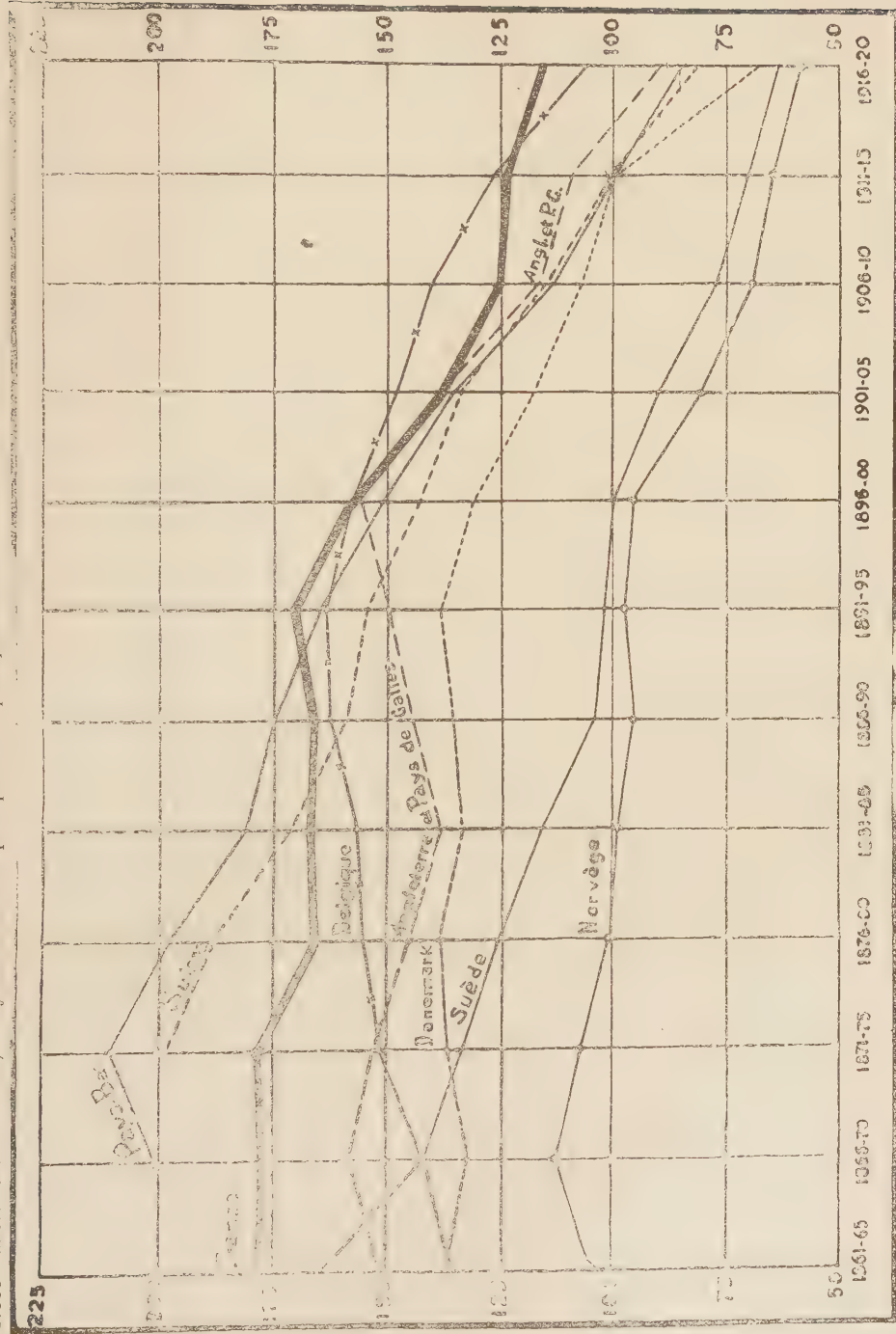


Fig. 86. — GRAPHIQUE B.

La France a le taux le plus élevé (1916 à 1920). En 1921, voici comment se classaient ces pays par ordre du taux le plus élevé : 1. Allemagne; 2. France; 3. Belgique; 4. Angleterre (voir aussi le tableau à la page 340).
(1) Chiffres obtenus d'après la Statistique générale de la France.

Tableau n° 8

Mortalité infantile, décès au-dessous de un an
(Proportion pour 1.000 naissances vivantes)

<i>En 1913</i>		<i>En 1921</i>	
1. Allemagne	151	1. Allemagne	131
2. Belgique	131	2. France	116
3. France	114	3. Belgique	115
4. Etat de New-York	109	4. Angleterre et Pays de Galles	83
5. Angleterre et Pays de Galles	108	5. Etat de New-York	76
6. Suisse	96	6. Hollande	76
7. Hollande	87	7. Suisse	74

En 1923, le taux de la France était tombé à **96**, celui de l'Angleterre à **69** et celui de la Hollande à **57** décès pour 1.000 naissances vivantes.

L'effort fait en France pour diminuer la mortalité des enfants au-dessous d'un an, a été assez important depuis la guerre. Il augmente tous les jours. Le Comité National de l'Enfance, à la constitution duquel nous avons contribué (1), a beaucoup à faire, ne serait-ce que dans l'exécution du programme d'ensemble que nous avons aidé à tracer. Ici, comme dans toutes les autres questions d'Hygiène sociale, c'est bien moins l'argent qui fait défaut, qu'une direction générale effective, une coordination nationale, la poursuite progressive d'un plan et d'un programme d'ensemble préalablement tracé. Les questions de l'enfance attireront toujours plus de générosité et d'intérêt que celles de la tuberculose. Les résultats d'une campagne contre la mortalité infantile sont rapides et plus évidents que ceux de la lutte contre la tuberculose. Le problème, étant plus facile, devrait être résolu en peu d'années.

La mortalité par tuberculose en France

Les ravages causés par cette maladie *évitable* sont in-

(1) Avec M. Paul Strauss, président, M. René Boas et le Dr Lesage.

croyables. Jamais une guerre n'a enlevé à l'humanité, et en France particulièrement, autant de vies humaines que le bacille de la tuberculose, et cela se répète chaque année. Le Bureau des Recherches de la « New-York Tuberculosis Association » a recueilli les données du monde entier. Il a trouvé que 23 pays ont accusé officiellement 18.420.450 décès par tuberculose pulmonaire, depuis 1881. L'on estime que, dans le monde entier, depuis 40 ans, plus de 100.000.000 de personnes sont tombées victimes de ce grand fléau.

Il faut se reporter à l'année 1913 pour avoir des chiffres officiels pour toute la France, car depuis 1914, les statistiques officielles ne portent que sur les 77 départements non envahis; même la statistique de 1919, dernière statistique officielle publiée, est incomplète car 6 départements n'ont fourni aucune donnée et 23 départements ont fourni des données incomplètes.

En 1913, *dans les villes de 5.000 habitants et au-dessus*, le nombre total de décès de toutes causes était de **284.173** et parmi celles-ci le nombre de personnes mortes de la tuberculose était de **47.371**, soit la proportion effrayante de **312** décès tuberculeux par 100.000 habitants. *En d'autres termes, 16 % de tous les décès sont dus à la tuberculose, ou une personne sur six meurt de cette maladie.*

Pour la *France* entière en 1913 sur 702.746 décès, il y a eu **84.443** morts causées par la tuberculose sous toutes ses formes (chiffres officiels mais non réels), soit un peu plus de 12 % de tous les décès. En 1919, pour la France entière, avec des données incomplètes, cette proportion est signalée comme **11,3 %** de tous les décès.

A *Paris*, en 1913, la mortalité générale était de 15,6 pour 1.000 habitants, dont 3,8 dues à la tuberculose, c'est-à-dire **24,4 %** de tous les décès, *ou une personne sur quatre enlevée par cette maladie!* En 1919, à Paris, la tuberculose ne réclamait plus que **18,5 %** de tous les décès, soit environ une personne sur six.

Mais nous devons signaler que ces proportions doivent être majorée de X %, car les décès par tuberculose ne sont

pas tous déclarés, et qu'en outre, nous avons démontré ailleurs que 23 % de tous les décès sont enregistrés sous la rubrique « causes inconnues ou mal définies ».

Les chiffres indiqués sont donc bien des chiffres *minimum* bien au-dessous de la réalité et nos déductions nous portent à considérer pour la France entière de 1913, une augmentation de moitié, soit le chiffre de **125.000** décès par tuberculose annuellement. Une personne sur cinq est destinée à périr de cette maladie, un Français en meurt toutes les six minutes.

Deux points importants

Remarquons que c'est la forme pulmonaire de la tuberculose qui enlève les 8,3/10 de tous les tuberculeux.

Remarquons aussi que c'est le groupe d'âge le plus productif et le plus reproductif, allant de 20 à 39 ans, qui paie le plus lourd tribut à la tuberculose. *Pour 1.000 individus qui meurent à Paris annuellement entre l'âge de 20 à 39 ans, 50 % meurent de tuberculose. Dans les villes de 30.000 habitants et au-dessus, la proportion est de 46 % ; dans les villes de 5.000 habitants et au-dessus, elle est de 41 %, et pour la France entière 44 % des gens qui meurent entre 20 et 39 ans, meurent de tuberculose, maladie évitable sous une forme ou sous une autre. En d'autres mots, presque la moitié des personnes, décédées entre l'âge de 20 et 39 ans, meurent de l'infection tuberculeuse.*

D'autre part, sur 100 décès dus à la tuberculose, 44 sont des personnes entre 20 et 39 ans, et 26, entre 40 et 59 ans, soit 71 % des décès par cette maladie sont des hommes et des femmes entre 20 et 60 ans ! (1)

Les statistiques de 1919 (officielles, mais incomplètes) indiquent pour l'ensemble de la France que la tuberculose enlève

(1) Basé sur les seules statistiques officielles complètes de 1913, du Ministère de l'Intérieur. Les statistiques officielles de 1919, sont incomplètes.

23,5 % de tous les décès entre **1** et **19** ans ; **34,2 %** de tous les décès entre **20** et **39** ans ; **16,5 %** de tous les décès entre **40** et **59** ans. *En d'autres mots, pendant la période de 20 à 39 ans, une personne sur trois meurt par tuberculose, maladie contagieuse, évitable, non héréditaire.* (Voir tableau n° 9).

Si l'on compare l'année 1919 à l'année 1906, on remarque une légère augmentation des décès dans les groupes d'âge de 1 à 19 ans, et de 60 ans et au-dessus ; tandis qu'il y aurait une diminution dans le groupe d'âge de 40 à 59 ans.

Tableau n° 9*Par groupe d'âge*

LA PART DE LA TUBERCULOSE DANS LA MORTALITÉ GÉNÉRALE

Comparaison de trois années : 1906, 1913, 1919.

GROUPES D'ÂGE	CHIFFRES ABSOLUS DE DÉCÈS			SUR 100 DÉCÈS DE TOUTES CAUSES Combien sont dus à la tuberculose		
	1906	1913	1919	1906	1913	1919
0 à 1 an :						
Total des décès.	119.237	84.874	47.665			
Décès par tuberculose	2.292	1.806	944	1.9 %	2.1 %	1.9 %
1 à 19 ans :						
Total des décès. ...	74.465	65.584	50.859			
Décès par tuberculose	16.410	15.520	11.996	22 %	23.6 %	23.5 %
20 à 39 ans :						
Total des décès. ...	93.032	84.431	86.368			
Décès par tuberculose	39.249	37.734	29.574	42.2 %	44.8 %	34.2 %
40 à 59 ans :						
Total des décès. ...	134.999	176.548	112.866			
Décès par tuberculose	22.819	23.032	18.442	17 %	18.2 %	16.5 %
60 et au-dessus :						
Total des décès. ...	354.667	341.609	287.713			
Décès par tuberculose	6.321	6.351	5.516	1.8 %	1.8 %	2 %

— FRANCE —

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE DE TOUTES
FORMES EN 1913 DANS CHAQUE DÉPARTEMENT.

Décès par 100.000 habitants.



Fig. 87.

La mortalité par tuberculose dans les départements de France.

Les deux cartes de France que nous reproduisons ici, et les deux tableaux, pages 346 et 347, montrent comment se sont répartis les ravages de la tuberculose dans les départements, en 1913 et en 1919, et comment se classaient les départements, par ordre de leur plus haute mortalité.

La comparaison de la mortalité en 1913, et en 1919 ou en 1922, est aussi exposée, par département et par arrondissement, au tableau général n° 10, page 346.

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE DE TOUTES FORMES DANS CHAQUE DÉPARTEMENT (1).

Nombre de décès par tuberculose par 100.000 habitants.

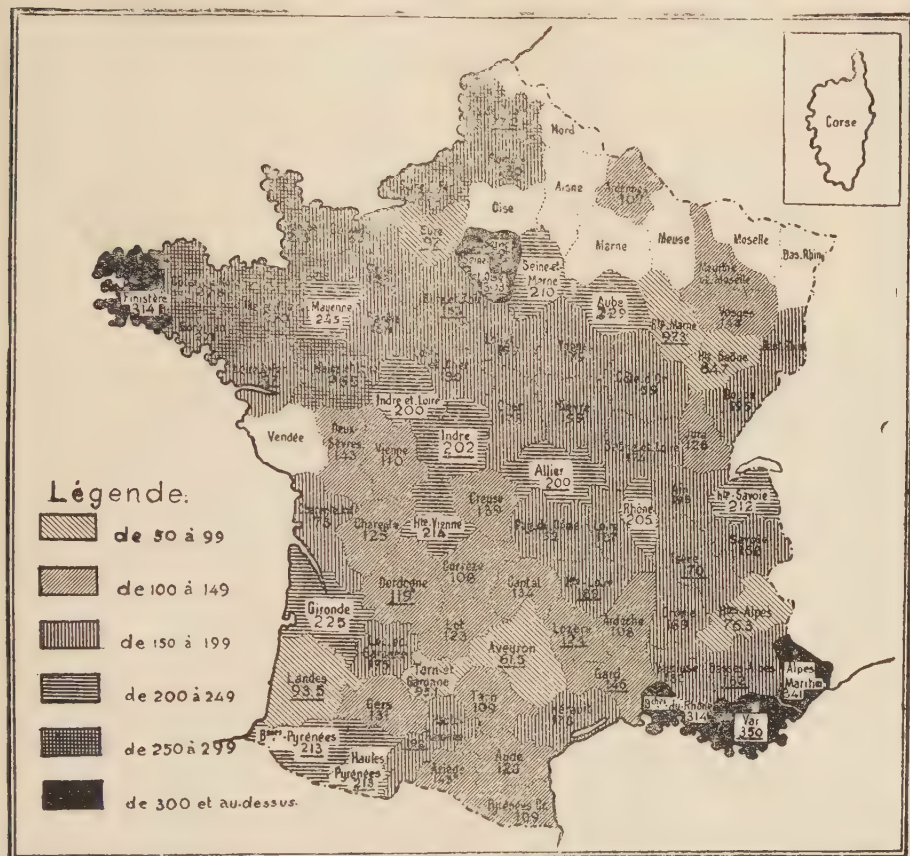


Fig. 88.

De 0 à 49. Aucun département.

De 50 à 99. Hautes-Alpes, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, Aveyron, Eure, Haute-Marne, Landes.

De 100 à 149. Ardèche, Ardennes, Ariège, Aude, Cantal, Charente, Corrèze, Creuse, Dordogne, Gers, Jura, Lot, Lozère, Meurthe-et-Moselle, Pyrénées-Orientales, Deux-Sèvres, Tarn, Vienne, Vosges, Gard.

De 150 à 199. Ain, Basses-Alpes, Calvados, Charente-Inférieure, Cher, Côte-d'Or, Doubs, Drôme, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Hérault, Isère, Loir-et-Cher, Loire, Haute-Loire, Loire-Inférieure, Loir-et-Cher, Lot-et-Garonne, Nièvre, Orne, Puy-de-Dôme, Territoire de Belfort, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Sarthe, Savoie, Somme, Vaucluse, Yonne.

De 200 à 249. Allier, Aube, Gironde, Indre-et-Loire, Indre, Mayenne, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Rhône, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Haute-Vienne.

De 250 à 299. Côtes-du-Nord, Ile-et-Vilaine, Maine-et-Loire, Manche, Morbihan, Pas-de-Calais, Seine-Inférieure.

Au-dessus de 300 et plus. Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Finistère, Seine, Seine-et-Oise, Var.

Les départements en italique ont fourni des données incomplètes; la proportion des décès a donc été calculée sur la population des villes et arrondissements qui ont déclaré ces éléments. Les chiffres indiquent le nombre de décès par 100.000 habitants.

décès a donc été calculée sur la population des villes et arrondissements qui ont déclaré ces éléments.

(1) Les départements en blanc, sans chiffre, n'ont pas fourni de données à la statistique sanitaire de la France (Ministère de l'Intérieur) : Aisne, Corse, Marne, Nord, Oise, Vendée.

Tableau n° 10

CLASSIFICATION DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE
PAR ORDRE DE LA PLUS GROSSE MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE

ANNÉE 1913

Nombre de décès par tuberculose pour 100.000 habitants.

1. Seine	404	30. Gironde	184	59. H ^{tes} -Pyrénées	140
2. Seine-et-Oise.	344	31. Hérault	182	60. Aude	137
3. Seine-Inf ^{re}	299	32. Vendée	181	61. Corrèze	136
4. Côtes-du-N.	299	33. Seine-et-M	180	62. Deux-Sèvres.	135
5. Finistère	289	34. Vosges	175	63. B ^{sses} -Alpes	134
6. Manche	279	35. Var	175	64. Creuse	134
7. Mayenne	279	36. Saône-et-L	173	65. Corse	133
8. Ille-et-Vilaine	272	37. Ardennes	171	66. Dordogne	131
9. Loire-Inf ^{re}	267	38. Indre-et-Loire	171	67. Indre	130
10. Bouches-d.-R.	249	39. Nièvre	170	68. Pyrénées-O.	127
11. Alpes-M ^{ies}	234	40. Isère	166	69. H ^{tes} -Alpes	127
12. Pas-de-Calais	233	41. Loir-et-Cher.	162	70. Charente	126
13. Calvados	233	42. Gard	161	71. H ^{te} -Saône	125
14. Nord	230	43. Eure-et-Loir.	161	72. H ^{te} -Marne	125
15. Rhône	222	44. Ain	160	73. Cantal	124
16. Aube	220	45. Loiret	158	74. Belfort	122
17. Morbihan	216	46. B ^{sses} -Pyrénées	154	75. Yonne	122
18. Oise	214	47. Allier	154	76. Charente-Inf ^{re}	118
19. Meurthe-et-M	212	48. Côte-d'Or	153	77. Aveyron	118
20. Maine-et-L	212	49. Ardèche	153	78. Ariège	117
21. Marne	207	50. Cher	152	79. Lot	115
22. Doubs	206	51. Savoie	152	80. Vienne	109
23. Orne	200	52. Meuse	152	81. Lot-et-Garon.	110
24. H ^{te} -Vienne	199	53. Vaucluse	152	82. Landes	110
25. Loire	194	54. Eure	151	83. Tarn	100
26. H ^{te} -Savoie	193	55. Drôme	148	84. Tarn-et-G.	98
27. Somme	192	56. H ^{te} -Garonne.	145	85. H ^{te} -Loire	97
28. Sarthe	189	57. Puy-de-Dôme	142	86. Gers	87
29. Aisne	189	58. Jura	140	87. Lozère	85

Tableau n° 11

CLASSIFICATION DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE (1)
PAR ORDRE DE LA PLUS GROSSE MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE

ANNÉE 1919

Nombre de décès par tuberculose pour 100.000 habitants.

1. Var	350	27. Loire-Inf ^{re} ..	197	53. Eure-et-Loir.	153
2. Alpes-M ^{mes} ..	341	28. Ain	195	54. Gard	146
3. Bouches-d.-R.	314	29. Doubs	193	55. Ariège	143
4. Finistère ...	314	30. H ^{te} -Garonne.	192	56. Vosges	143
5. Seine	306	31. H ^{te} -Loire ...	189	57. Deux-Sèvres .	143
6. Seine-et-Oise.	303	32. Drôme	189	58. Meurthe-et-M.	
7. Seine-Inf ^{re} ...	278	33. Loire	187	59. Creuse	139
8. Côtes-d.-Nord	278	34. Sarthe	184	60. Cantal	134
9. Manche	273	35. Orne	183	61. Gers	131
10. Pas-de-Calais	272	36. Vaucluse ...	182	62. Aude	126
11. Morbihan ...	271	37. Loir-et-Cher .	180	63. Jura	126
12. Ille-et-Vil. ..	270	38. Somme	180	64. Charente ...	125
13. Maine-et-L. .	265	39. Yonne	179	65. Lozère	124
14. Mayenne	245	40. Cher	178	66. Lot	123
15. Aube	229	41. Hérault	178	67. Dordogne ...	119
16. Gironde	225	42. Lot-et-Garon ^e	175	68. Vienne	110
17. H ^{te} -Vienne ..	214	43. Saône-et-L ..	174	69. Pyrénées-O ..	109
18. B ^{sses} -Pyrénées	213	44. Charente-Inf ^{re}	173	70. Corrèze	108
19. H ^{tes} -Pyrénées	213	45. Isère	170	71. Ardèche	108
20. H ^{te} -Savoie ..	212	46. Savoie	168	72. Eure	97
21. Seine-et-M...	210	47. Calvados ...	165	73. H ^{te} -Marne ..	97
22. Rhône	205	48. Orne	163	74. Tarn-et-Gar .	95
23. Indre	202	49. B ^{sses} -Alpes ..	162	75. Landes	93
24. Indre-et-L. ..	200	50. Puy-de-Dôme	162	76. H ^{te} -Savoie ..	85
25. Allier	200	51. Côte-d'Or ..	159	77. H ^{tes} -Alpes ..	76
26. Loiret	199	52. Nièvre	159	78. Aveyron	61

(1) Les départements non indiqués sur cette liste n'ont pas fourni des statistiques suffisantes au Ministère de l'Intérieur.

**Comment se comparent les terribles ravages
de la tuberculose avec ceux causés dans d'autres pays ?**

Le graphique C et le tableau, page 350 en donnent une certaine idée pendant la période de 1906 à 1923.

Ils démontrent que la France est un des pays les plus atteints, et que c'est là aussi où la maladie a le moins rétrogradé. *Le graphique C montre l'état à peu près stationnaire de la mortalité par tuberculose en France, tandis qu'il accuse une diminution notable dans les autres pays.*

En 1913, le taux en France était de **213** décès par tuberculose, pour 100.000 habitants. En Angleterre et le Pays de Galles, il n'était que de **135**, soit un taux de **56,7** % inférieur à la France. Cela veut dire également que pour une population ramenée au même chiffre, la France perd annuellement par tuberculose **71.000** personnes de plus que l'Angleterre et le Pays de Galles.

Nous indiquons au tableau n° 12, page 350 comment se classaient divers pays, en 1906, en 1913 et en 1918, par ordre de la plus grosse mortalité par tuberculose, les chiffres indiqués étant le nombre de décès par tuberculose, toutes formes, par 100.000 habitants.

Pendant la guerre et à cause d'elle, ainsi que de l'épidémie de grippe de 1917-1918, le taux de la mortalité par tuberculose en France a subi une augmentation : de 213 par 100.000 habitants en 1913, il est monté à 233 en 1914, à 266 en 1917, à 278 en 1918. Depuis 1913 ces taux ne s'appliquent qu'aux 77 départements non envahis.

D'ailleurs, on remarquera que de 1916 à 1918, tous les pays accusent une certaine augmentation des décès par tuberculose, augmentation due à l'état de guerre et à l'épidémie de grippe. La gripe a probablement réveillé un grand nombre de vieilles infections tuberculeuses.

tants, à la fin de chaque année, 1906 à 1923.

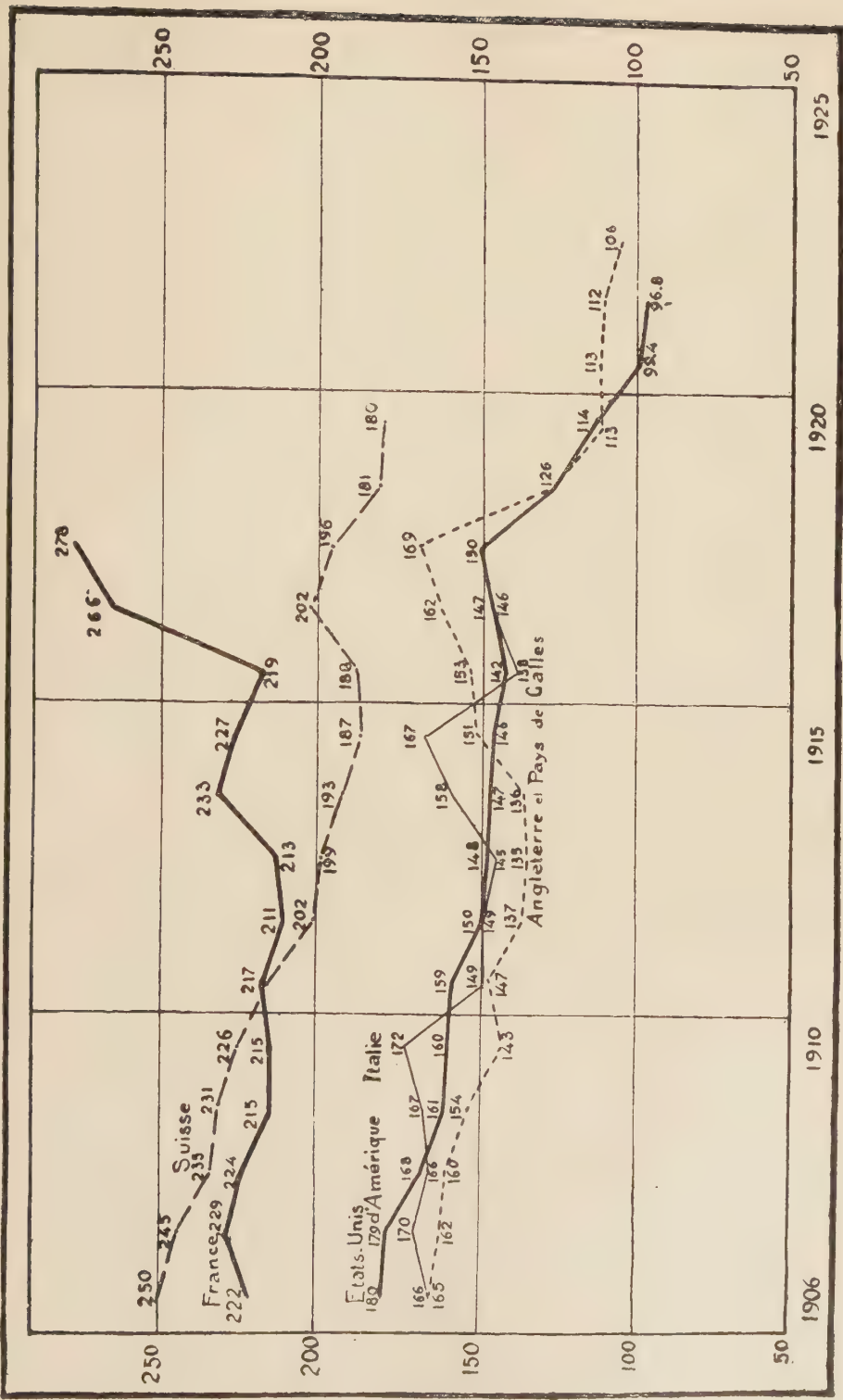


Fig. 88 bis. — GRAPHIQUE C.

En 1919, la France n'accusait plus que 201 décès par tuberculose pour 100.000 habitants (voir texte). Les taux élevés, en France, de 266 et 278, en 1917 et 1918, étaient dus à l'épidémie de grippe, qui a enlevé beaucoup de tuberculeux. Tous les pays, d'ailleurs, ont accusé une certaine augmentation pendant ces deux années. Néanmoins, la réduction de la mortalité tuberculeuse en France n'a pas dépassé 40 % en 20 ans, tandis qu'elle atteint 40 et 50 % dans plusieurs pays. Le salut est dans l'organisation intensive que la France poursuit depuis la guerre.

Tableau n° 12

CLASSIFICATION DE DIVERS PAYS EN 1906, EN 1913 ET EN 1918
par ordre de la plus grosse mortalité par tuberculose.

Les chiffres indiquent le nombre de décès par tuberculose,
toutes formes, par 100.000 habitants.

1906	1913	1918
1. Autriche 315	1. Autriche 283	1. Autriche 360
2. Irlande 267	2. Norvège 220	2. France 278
3. Norvège 253	3. Irlande 214	3. Japon 249
4. Suisse 250	4. France 213	4. Allemagne .. 227
5. France 222	5. Japon 209	5. Irlande 219
6. Japon 199	6. Suisse 199	6. Hollande ... 213
7. Espagne ... 190	7. Suède 185	7. Espagne 204
8. Danemark (1903) 190	8. Ecosse 169	8. Suisse 196
9. Etats-Unis .. 180	9. Espagne ... 153	9. Norvège 191
10. Hollande ... 178	10. Etats-Unis .. 148	10. Suède 176
11. Angleterre .. 165	11. Hollande ... 142	11. Angleterre .. 169
12. Allemagne .. 161	12. Allemagne .. 142	12. Belgique 159
13. Belgique 133	13. Angleterre .. 135	13. Ecosse 158
14. Italie 123	14. Belgique 135	14. Etats-Unis .. 150
	15. Italie 106	15. Italie 146
		16. Danemark (1920) 106

En 1919, le chiffre officiel de décès par tuberculose en France était de 66.522, mais six départements n'ont fourni aucune donnée sur les causes de décès et plusieurs cantons et villes ont fourni des données nulles ou incomplètes.

Pour permettre un certain degré de comparaison avec le chiffre de 84.443 décès par tuberculose (toutes formes) en 1913, il faut nécessairement porter l'analyse sur les 87 départements qui composaient en 1913 le territoire national, et pour déterminer le taux de la mortalité pour 10.000 habitants, il faut attribuer les 66.522 décès à une population à laquelle on aura diminué la population des six départements (3.643.178), des cantons et villes (2.383.412) qui n'ont pas fourni de

données, et aussi les trois départements de l'Alsace-Lorraine non compris en 1913, c'est-à-dire une population diminuée de 18,2 % ou 1/5,5 du total.

En majorant donc de 18,2 % le chiffre des décès par tuberculose en 1919, on lui donne la valeur approximative pour l'ensemble du territoire tel qu'il était en 1913. Cela nous donne, pour l'année 1919, non plus 66.522, mais **78.622 décès pour l'ensemble de la France** (territoire de 1913) contre 84.443, et un taux pour 100.000 habitants, de 201, contre 213 en 1913. Malgré l'inexactitude inévitable des calculs et des chiffres officiels, l'on est porté à supposer pour l'année 1919, une légère diminution sur l'année 1913.

Il y a lieu de remarquer ici que l'on devrait ajouter aux chiffres officiels de décès par « tuberculose », ceux déclarés comme décédés par « bronchite chronique », dont le nombre était de 15.277 en 1913 et 13.841 en 1919. En ajoutant ces deux rubriques de décès, l'on obtient un nombre de décès par tuberculose et par bronchite chronique, de **99.720** en 1913, et **92.463** en 1919.

Le progrès acquis dans le contrôle de la maladie.

La tuberculose diminue-t-elle

dans les pays bien organisés et suffisamment outillés ?

Les esprits pratiques peuvent bien se demander quels sont les résultats que l'on doit attendre du gros effort fait en France par la vaste organisation antituberculeuse mise en marche depuis 1917, et à laquelle la Mission Américaine Rockefeller a tant contribué. La tuberculose diminuera-t-elle ? Certainement. L'effort va porter ses fruits, mais cela se fera petit à petit ; dans dix ans les résultats seront plus évidents qu'ils ne le sont aujourd'hui. Il faudra aussi, en attendant d'en faire mieux la comparaison, mettre un peu d'ordre dans les méthodes de statistiques des causes de décès, et continuer par toute la France, le système américain des fiches de dispensaires, des rapports mensuels, et des Fichiers Centraux dans les départe-

ments. Il faudra surtout persévérer dans l'effort national commencé.

Depuis 50 ans, un progrès incontestable a été accompli dans le monde entier pour la diminution des maladies, par l'effort de la médecine préventive, l'organisation des Services d'Hygiène et l'application des mesures de protection de la Santé Publique. De meilleures conditions d'habitation, d'alimentation et de travail, des usines et des ateliers plus salubres, de meilleurs salaires, une compréhension plus réelle des facteurs de l'hygiène individuelle et collective, la diminution de l'alcoolisme et bien d'autres causes y ont contribué. Mais tous les pays bien qu'ils aient tous enregistré une certaine diminution de la mortalité générale, n'ont pas tous également progressé, et dans chaque pays, le progrès accompli a été directement en rapport avec l'effort consenti dans l'organisation nationale des services d'Hygiène Publique. Ne soyons pas effrayés de dire que la France est bien en arrière d'autres pays dans ce progrès.

En ce qui concerne la tuberculose, celle-ci n'a diminué notablement aussi, que dans les pays qui s'étaient organisés, sur l'ensemble de leur territoire, selon les principes et les programmes exposés dans cette thèse, pour prévenir la propagation de l'infection et soigner les individus atteints dès le début de la maladie. La diminution de la mortalité a été en proportion de ces efforts et des dépenses engagées pour les organiser et les coordonner.

Voici un état comparatif de la réduction du taux de la mortalité par tuberculose pour 100.000 habitants dans certains pays de 1910 à 1920.

1. Etats-Unis. — Réduction de 160 à 144, soit 46 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

2. Angleterre. — Réduction de 143 à 113, soit 30 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

3. Norvège. — Réduction de 160 à 114, soit 46 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

4. Suisse. — Réduction de 226 à 196, soit 30 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

5. Belgique. — Réduction de 123 à 111, soit 11 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

6. Hollande. — Réduction de 156 à 147, soit 9 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

7. Autriche. — Réduction de 287 à 284, soit 3 décès en moins pour chaque 100.000 habitants.

8. France. — Augmentation de 215 à 278 en 1918.

Diminution de 215 à 201 en 1919 (chiffres incomplets).

9. Allemagne. — Augmentation de 141 à 152.

Prenant en considération que l'année 1918 a été une année d'épidémie de grippe, on remarque néanmoins que la France, l'Allemagne, l'Autriche sont dans un état presque stationnaire. Dans tous les cas, la réduction en France n'a malheureusement pas dépassé 10 % en 20 ans, tandis qu'elle est de 40 à 50 % dans plusieurs autres pays. Il ne faudrait pas cependant être surpris d'une augmentation du nombre de décès par tuberculose en France, car avec l'organisation intensive qui se poursuit, plus on dépistera de tuberculeux, plus il en sera diagnostiqués et déclarés tels au moment du décès. Une augmentation du nombre de décès pendant quelques années sera plutôt un indice d'une meilleure organisation générale et d'une déclaration plus honnête de la cause des décès par les médecins. C'est après 1930, qu'on devra s'attendre à lire dans la statistique une diminution notable, et à recueillir le fruit de douze années d'efforts continus.

Les résultats aux Etats-Unis

C'est aux Etats-Unis que la diminution a été la plus considérable. C'est aussi aux Etats-Unis, comme d'ailleurs en Angleterre et en Ecosse, que les statistiques de mortalité peuvent être étudiées avec confiance car elles sont plus correctement établies, et basées sur une plus longue expérience que dans d'autres pays. Cela réhausse la valeur des résultats obtenus

dans ces pays où nous trouvons en outre, l'élément important de la déclaration obligatoire de la maladie.

Quatre données du plus grand intérêt montrent ce que peut obtenir une campagne intensive et constante dans un pays solidement organisé contre la tuberculose.

I. En **1900** la mortalité par tuberculose aux Etats-Unis, dans les états qui ont adopté la statistique fédérale (82 % du pays), était de **195,2** décès par 100.000 habitants.

En **1910**, le taux était tombé à **164,7**.

En **1921** cette mortalité n'était plus que de **94,2** pour 100.000 habitants.

Donc une réduction de la mortalité de plus de 50 % en 21 ans.

Mais ce qui est surprenant (graphiques D et E, pages 355 et 359), c'est que la courbe de réduction s'est abaissée rapidement *depuis 1918* (année de grippe) : en effet, le taux de 143,8 en 1916 (année avant la grippe) est tombé à 94,2 en 1921, **soit une réduction de plus de 35 % en cinq ans.**

D'autre part, l'on remarque que la chute de la mortalité s'est fortement accentuée au fur et à mesure que l'organisation générale s'est complétée : de 1900 à 1910, la diminution était de 15,6 %, tandis que dans la deuxième décade de 1910 à 1920, elle était du double, soit 32 %. L'on récolte actuellement, et particulièrement depuis 1918, le fruit de vingt années de propagande et d'organisation, ce qui se traduit chaque année par une économie considérable de vies humaines, autrefois fauchées par la tuberculose.

II. Les statistiques de la *Compagnie d'Assurances Metropolitan Life*, étudiées par le D^r Louis Dublin, statisticien de la Compagnie, portant sur 15 millions d'assurés, sont encore plus strictes, par le fait de l'organisation sociale et prophylactique de cette compagnie, et probablement aussi, par les constatations plus précises au moment du décès des assurés.

Or, parmi ces **15 millions** de personnes assurées, la Compagnie a observé une réduction remarquable de **49 %** de **1911** à **1922** (réduction du taux de 224,6 à 114,2), tandis que pendant

1900 à 1921

AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

RÉDUCTION DANS LA

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE (toutes formes)

dans les Etats à déclaration obligatoire et dans le district de Colombie (1)

Ce graphique est basé sur le nombre de décès par tuberculose, par 100.000 habitants (indiqués par l'échelle des chiffres à gauche), à la fin de chaque année. Notez la chute rapide de la courbe de mortalité, depuis 1918 (ligne noire).

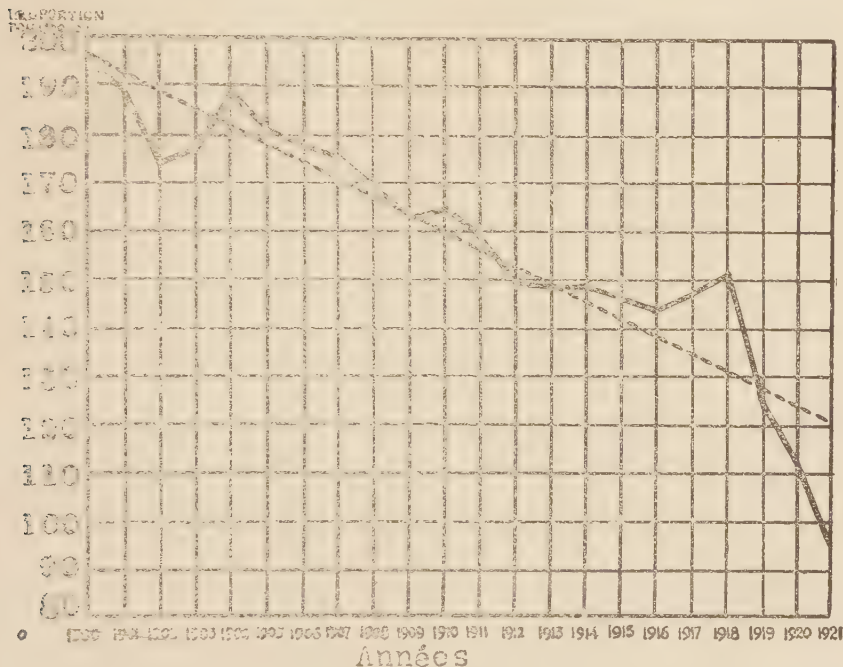


Fig. 89. — GRAPHIQUE D.

Nombre de décès par tuberculose, par 100.000 habitants, de 1906 à 1921.

Années	Taux	Années	Taux	Années	Taux
1900 —	195,2	1908 —	169,4	1915 —	146,7
1901 —	189,8	1909 —	163,3	1916 —	143,8
1902 —	174,1	1910 —	164,7	1917 —	147,1
1903 —	177,1	1911 —	159,0	1918 —	151,0
1904 —	188,5	1912 —	149,8	1919 —	124,9
1905 —	180,9	1913 —	148,7	1920 —	112,0
1906 —	177,8	1914 —	148,6	1921 —	94,2
1907 —	175,6				

Le taux officiel de la mortalité par tuberculose, toutes formes, aux Etats-Unis, était, pour l'année 1922, de **97**, et pour l'année 1923 de **93,6** pour 100.000 habitants. Les villes sont encore les centres les plus affectés par la maladie.

(1) D'après le Bulletin de l'American National Tuberculosis Association. Les Etats à déclaration obligatoire constituent 82 % du pays, et une population de 87.000.000 d'habitants.

la même période, sur l'ensemble des Etats-Unis, où l'application des mesures de prophylaxie antituberculeuse est moins stricte que chez les assurés, les chiffres officiels dénotent une réduction de 29 %, c'est-à-dire du taux de 157,6 à 97,7, pour 100.000 habitants.

Ces réductions notables sont le fruit de dix années d'organisation intensive, qui a enrayé la contamination familiale, c'est-à-dire la propagation de la maladie surtout parmi les enfants dès leur naissance, dans leurs familles de tuberculeux ; qui a permis l'isolement des contagieux incurables, et qui a fait soigner plus tôt, dans une proportion toujours grandissante, les tuberculeux curables, diagnostiqués tout au début de la maladie.

L'observation suivante est à l'appui de ce que nous avançons :

III. C'est dans le groupe d'âge de **0 à 1** an que la diminution de la tuberculose a été la plus considérable — une diminution de **45,6 %** en **10** ans — indiquant une meilleure hygiène de l'enfance, ainsi que le résultat de la pasteurisation générale du lait, d'une active surveillance des nouveaux-nés et d'une protection attentive des enfants dans la famille tuberculeuse. Ensuite vient le groupe d'âge de **1 à 14** ans, où la mortalité par tuberculose est tombée de **37,2 %** en **10** ans.

Il a été révélé ou plutôt confirmé, que la tuberculose n'est plus toujours une maladie de jeunesse, mais que les vieillards de 75 ans en meurent tout aussi fréquemment, et non pas de « bronchites chroniques » comme cela est fréquemment étiqueté. En 1920 ce sont les enfants de 0 à 1 an qui étaient le plus touché, alors qu'en 1920, *c'est le groupe d'âge de 75 ans et plus, qui a recruté le plus de victimes* ; vient ensuite le groupe d'âge de 15 à 44 ans.

Le tableau ci-dessous établi par M. T. J. Duffield, du Bureau de Statistique de la Mission Américaine, montre les progrès réalisés dans ce sens aux Etats Unis :

Tableau n° 13

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE

*Réduction dans le nombre de décès par tuberculose
pour 100.000 habitants.*

Comparaison entre les années 1910 et 1920.

Groupe d'âge	1910	1920	Pourcentage de diminution
Moins d'un an	204.8	111.2	45.6 %
1 à 14 ans	46.5	29.2	37.2 %
15 à 44 ans	203.9	151.7	25.7 %
45 à 74 ans	200.1	143.8	28.2 %
75 ans et plus	181.1	152.0	16.0 %
Tout âge	160.3	114.2	28.7 %

Au Danemark, il a été aussi remarqué que la mortalité tuberculeuse a diminué le plus chez les enfants de 0 à 14 ans, soit de 73 à 75 % sur les chiffres d'il y a 25 ans (1894-1920); et de 75 % chez les hommes de 35 à 44 ans.

Knud Faber voit dans cette diminution un signe net de la lutte contre la contagion, car n'est-ce pas dans la famille, et dans les locaux de travail, aux deux périodes d'âges sus-indiqués, que les enfants, les ouvriers et les employés sont le plus souvent exposés aux infections massives et répétées des tuberculeux qui les entourent?

La même remarque est faite par sir Robert Phillips, pour l'Ecosse, où dans le groupe d'âge au-dessous de dix ans, « la réduction est, en 1921, de 70 % par rapport à 1871, et dans les groupes d'âge de dix à quarante-cinq ans, elle varie de 67 à 62 %. Ce qui ressort de plus significatif dans cette analyse, c'est la conservation de vies d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes ».

Si un pays est bien organisé, on doit s'attendre à de tels résultats, car étant donné la très grande fréquence de l'infection pendant la première enfance, l'effort porte sur le dépistage des premières manifestations de l'infection chez l'enfant et le jeune adulte, et sur les divers moyens de les traiter rapidement et d'augmenter leur résistance. Ainsi la mortalité baisse, et l'âge de la mort est retardé.

IV. Une autre donnée importante est fournie par la *Démonstration de Framingham* (petite ville du Massachussets), poursuivie de 1917 à 1923. Nous avons eu l'occasion de décrire ailleurs certaines phases de cette expérience.

L'on mit en œuvre à Framingham, toutes les mesures connues et possibles de dépistage, diagnostic, traitement, assistance, surveillance prophylactique, sans limitation qui aurait pu venir du manque de fonds ou de la non collaboration des médecins praticiens. L'effort a surtout porté sur la découverte du plus grand nombre possible de tuberculeux de toutes les classes, et à tous les degrés : en évolution active ou arrêtée, et sur la mise à leur disposition du traitement et de l'assistance dont ils avaient besoin. L'on découvrit un très grand nombre de tuberculeux. Avant l'enquête, la moyenne de la morbidité connue ou des tuberculeux déclarés était de 13, à Framingham ; celle-ci atteignait 43, durant la période de quatre années de recherche intensive des malades. Avant la démonstration, on connaissait 27 cas en évolution active, dans la ville ; au bout d'un an, on en connaissait 250.

Le résultat fut une diminution de la mortalité par tuberculose de 63 % en 7 ans, c'est-à-dire de 121 à 40 décès annuels pour chaque 100.000 habitants, et cela par des mesures qui sont à la portée de toute nation civilisée. A titre de contrôle et d'enquête, six autres villes de l'état du Massachussets furent choisies et suivies, mais sans y faire une organisation intensive de dépistage comme à Framingham. On y a seulement observé les résultats du mécanisme existant normalement dans ces villes pour la protection de la santé publique. Dans ces six villes de contrôle, la mortalité par tuberculose n'est tombée que de 32 % pendant la même période de temps, c'est-à-dire une diminution moitié moins rapide. Cela veut dire d'ailleurs qu'en Amérique, ces villes sont normalement bien outillées contre la tuberculose pour arriver à un tel résultat, mais si l'on détermine un effort plus intensif, on arrive néanmoins à contrôler plus vite la maladie, à devancer le travail des années, c'est-à-dire à faire un gain de milliers de vies humaines.

Un effort puissant, une dépense suffisante de fonds bien employés donnent des résultats d'importance que l'on met autrement, trois ou quatre fois plus de temps à réaliser. Si le

LA TUBERCULOSE DIMINUE DANS LES PAYS BIEN ORGANISÉS

DIMINUTION DE LA MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE
(toutes formes)

dans la Ville de New-York et aux Etats-Unis (1)

de 1900 à 1923.

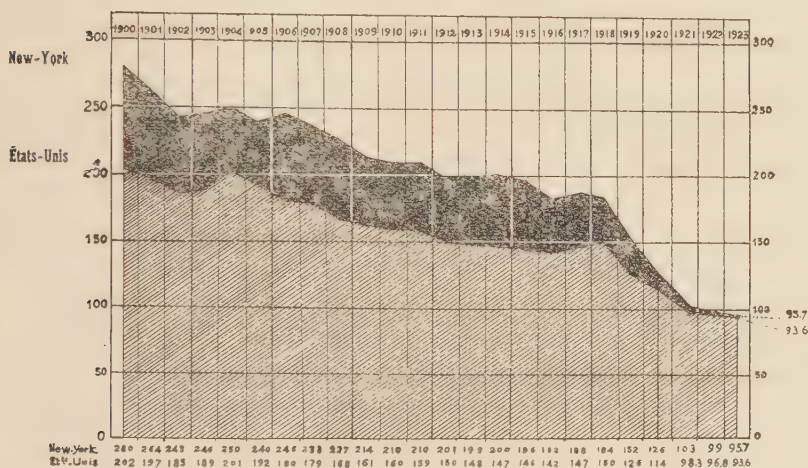


Fig. 90. — GRAPHIQUE E.

Ce graphique montre la diminution de la mortalité par tuberculose pour la Ville de New-York (courbe supérieure) et pour l'ensemble des Etats-Unis (courbe inférieure); l'espace noir indique l'excédent du taux des décès dans la Ville de New-York, sur le taux des décès dans l'ensemble des Etats-Unis. L'échelle à gauche, et les chiffres indiqués au bas du graphique, pour chaque année, sont le nombre de décès annuels pour 100.000 habitants.

L'effort considérable, fait par la Ville de New-York dans la protection de la Santé Publique et pour la propagande d'organisation et d'éducation populaire contre la tuberculose, a commencé en 1889. Le taux de mortalité par tuberculose en 1900 était de 280 décès pour 100.000 habitants; il n'est plus que 95,7 en 1923, soit une réduction de 66 % en 22 ans.

(1) Chiffres d'après le « National Health ».

« temps vaut de l'argent », l'argent bien employé se traduit aussi par un gain de temps considérable, en matière de santé publique. La France, en particulier, n'a plus de temps à perdre.

Quelques résultats en France

En France, aussi, l'on peut déjà démontrer que là où un effort constant et bien dirigé, a été poursuivi depuis plusieurs années, le taux de mortalité par tuberculose a baissé; et cette diminution a été due particulièrement et principalement au rôle prophylactique direct et indirect de la campagne entreprise au moyen des dispensaires et des autres institutions antituberculeuses.

Peu de villes, en France, avaient commencé à s'organiser avant 1914. L'on peut donc difficilement analyser des statistiques portant sur vingt ans pour demander les heureux résultats d'un effort persévérant. Mais Lyon est une ville où la lutte fut engagée dès 1905, suivant de près, Lille, où Albert Calmette institua le dispensaire antituberculeux en 1903.

Paul Courmont indique, pour Lyon, les résultats suivants :

De 1900 à 1905, pas d'organisation, pas de dispensaires, 354 décès par tuberculose pour 100.000 habitants.

De 1906 à 1910, deux dispensaires, commencement d'organisation, la mortalité tombe à 334.

De 1910 à 1914, le taux de la mortalité tombe à 274.

De 1919 à 1924, organisation générale intensive, sept dispensaires, nombreux lits d'hospitalisation, la mortalité n'est plus que 227 pour 100.000 habitants, soit une diminution de 39 % en 20 ans.

Dans le chapitre IV, nous avons indiqué les résultats obtenus à Paris.

*
* *

Conclusion

Les divers faits et chiffres exposés dans cette étude comparative de certains pays démontrent que les résultats obtenus, soit dans la diminution de la mortalité générale ou dans celle

par tuberculose, ne sont pas une question de hasard, mais au contraire en rapport avec la qualité de l'organisation nationale des services publics d'hygiène et l'application méthodique et persistante d'un programme antituberculeux national, coordonné, disposant d'un armement, d'un personnel et d'un budget suffisant. C'est cela qui fait ressortir le contraste existant entre divers pays.

Par ailleurs, la chute de la mortalité tuberculeuse dans certains pays, ne peut être considérée comme étant uniquement causée par la diminution de la mortalité générale, car dans les pays bien organisés, le taux pour la tuberculose a diminué deux et trois fois plus vite que celui de la mortalité générale.

Tout ce qui contribuera à améliorer la santé publique générale aura nécessairement une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose, en tant que maladie. C'est cela qui peut expliquer la légère diminution de la mortalité par tuberculose survenant parallèlement à une légère diminution de la mortalité générale, même dans les pays peu ou non organisés contre la maladie.

Mais là où une campagne antituberculeuse nationale est bien menée depuis des années, la chute de la mortalité tuberculeuse a été si rapide, et hors de proportion avec la chute de la mortalité générale, et même de la mortalité par les autres maladies, que l'on est obligé d'attribuer ces heureux résultats à des causes spéciales, autres que celle d'une immunité progressive possible ou d'une augmentation de la résistance collective par les progrès de la civilisation, c'est-à-dire aux efforts faits pour enrayer la propagation de l'infection et arrêter l'évolution des lésions déjà existantes par un diagnostic précoce, une prophylaxie effective et un traitement approprié rapidement institué.

Au cours de notre longue Mission à travers le pays, nous avons répandu constamment ces notions et ces considérations car elles justifient le grand espoir de la campagne antituberculeuse engagée en France depuis 1918.

Tableau n° 14

TABLEAU RÉTROSPECTIF

résumant le travail accompli dans les dispensaires coopérant avec la Mission Rockefeller
et envoyant des rapports mensuels, de 1917 à 1923

Années	Nombre de dispensaires	Nouvelles admissions	Nouveaux cas de tuberculose	Proportion en %	Consultants inscrits le dernier jour	Tuberculeux inscrits le dernier jour	Consultations données	Visites à domicile
1917	2	679	148	21.8	637	129	1.364	728
1918	13	7.821	2.465	31.6	3.495	1.671	29.406	26.371
1919	75	13.203	4.698	35.6	9.637	4.540	64.258	84.541
1920	137	19.868	7.316	36.8	18.859	8.668	96.440	135.029
1921	219	36.074	13.917	38.5	32.548	14.795	148.048	206.495
1922	272	45.642	17.948	39.3	47.850	21.349	195.989	290.844

CHAPITRE XII



LE SERVICE DE STATISTIQUE SON ŒUVRE — SES RÉSULTATS

Travail accompli par les dispensaires antituberculeux de 1917 à 1923 inclus

Combien de personnes meurent de tuberculose en France, comment on compare cette mortalité en France avec celle d'autres pays? L'organisation antituberculeuse produit-elle des résultats marqués là où elle existe depuis plusieurs années et peut-on avoir confiance dans les méthodes adoptées? Quelles sont les pertes causées à un pays par cette maladie et à combien estime-t-on les dépenses nécessaires pour arrêter la propagation de ce fléau? Comment établir un programme antituberculeux pour un département donné et pour la France entière? Quels sont les résultats déjà obtenus en France et y surveille-t-on vraiment le rendement social de la vaste machine antituberculeuse organisée?

C'est pour répondre à ces questions que nous allons décrire dans ce chapitre, l'œuvre du Bureau de la Statistique de la Mission Rockefeller ainsi que le résultat de diverses études personnelles.

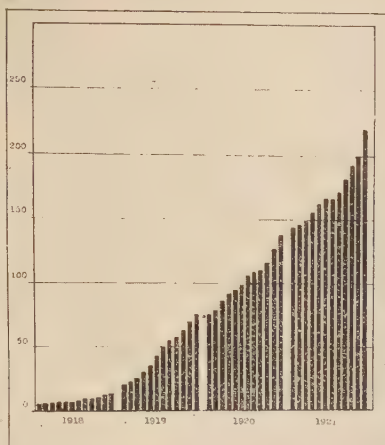
Le service de la statistique de la Mission Rockefeller fut dirigé en 1917, lors de sa création par M. Godias J. Drolet,

ancien statisticien du Comité Antituberculeux de New-York, ensuite par le major Thomas Duffield, assisté de M. Moine. M. Duffield quitta la direction de ce bureau en août 1922, date à laquelle ce service fut annexé au Bureau d'Organisation départementale dirigé par le D^r Alexandre Bruno. Le Service de la Statistique fut finalement transféré au Comité National en Janvier 1923, et placé sous la direction de M. Moine.

Ce service fut établi en vue d'obtenir tout d'abord des données plus précises sur la mortalité et la morbidité par tuberculose en France, et afin de poursuivre des enquêtes sur les méthodes de statistiques vitales françaises, surtout celles qui concernent les causes de décès. En outre, c'était le Service de la Statistique qui devait étudier la marche des dispensaires antituberculeux que nous créions ou avec lesquels nous coopérions à travers la France, et réunir leurs rapports et les analyser. En vue de cette étude et de cette surveillance, fut instauré tout un système de reportage par fiches individuelles et collectives, médicales et sociales, dans les dispensaires, de registres, de rapports mensuels, de fichiers centraux départementaux. Le stock d'imprimés et de classeurs était envoyé gratuitement à tous les dispensaires coopérant avec la Commission Rockefeller. Cela nous permit de rendre uniformes certaines méthodes administratives, sociales et médicales du travail des dispensaires et de faciliter une analyse constante de l'activité et du rendement des diverses institutions antituberculeuses, notamment des dispensaires, analyse à laquelle nous tenions beaucoup. Le Service de Statistique a également aidé les Comités antituberculeux et les inspecteurs d'hygiène des départements, à l'installation de Fichiers Centraux Médicaux, permettant de suivre constamment les malades atteints de tuberculose.

Il a déjà été indiqué que toutes les fois qu'une subvention était donnée par la Mission Rockefeller, une des clauses du contrat stipulait qu'un rapport fonctionnel, mensuel, devait nous être envoyé par chaque dispensaire subventionné. Nous obtenions ainsi les renseignements suivants nous permettant

FORME DE DISPENSAIRES ENVOYANT DES RAPPORTS MENSUELS
RAPPORTS A LA COM. ROCKFELLER
1918 - 1921



Annual Report 1921 - Bureau of Statistics
Thomas J. Duffield, Statistician

Fig. 92. — Le seul moyen d'obtenir un rendement médico-social effectif des dispensaires, est d'analyser et de surveiller leur fonctionnement. Ce graphique montre, pour chaque année, le nombre de dispensaires envoyant des rapports mensuels à la Commission Rockefeller. Ce système facilitait l'inspection technique nécessaire.

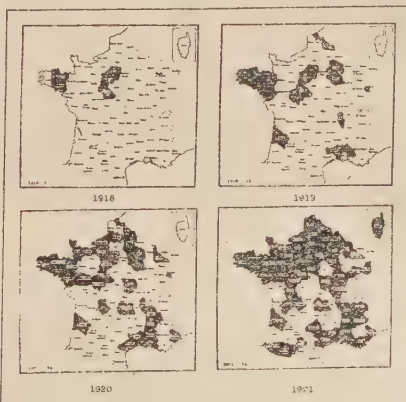
DEPARTEMENTS OU FONCTIONNENT DES FICHIERS CENTRAUX
MEDICAUX

Ann. R. 1, 1921



Annual Report 1921 - Bureau of Statistics
Thomas J. Duffield, Statistician

DEPARTEMENTS ENVOYANT DES RAPPORTS MENSUELS
A LA COMMISSION ROCKFELLER TOUTE OU PARTIE DE
L'ANNEE DESIGNEE
1918 - 1921



Annual Report 1921 - Bureau of Statistics
Thomas J. Duffield, Statistician

Fig. 93. — La Mission Américaine estimait qu'un fichier central de la tuberculose était essentiel à l'organisation de défense et qu'il devait être installé dans tous les départements. Cette carte montre les départements (en noir) où des fichiers centraux furent installés en 1921. 35 départements reçurent de la Mission Rockefeller des dons spéciaux pour l'installation de ces fichiers.

Fig. 94. — 1918-1921.

Cartes de France montrant, par année, les départements (en noir) qui coopéraient avec la Mission Rockefeller et envoyaient des rapports mensuels sur leur travail.

d'estimer la valeur sociale et prophylactique de ces divers dispensaires :

Nombre de séances de consultations;

Nombre de malades venant à chaque consultation (consultations médicales);

Nombre de malades *nouveaux inscrits* (consultants) dans le mois et dans l'année;

Nombre de *nouveaux tuberculeux diagnostiqués* pendant le mois et pendant l'année;

Nombre de malades qui sont rayés du contrôle tous les mois ou déclarés « *sortants* »;

Nombre total des malades en charge (*Consultants inscrits et suivis*);

Nombre total des malades diagnostiqués tuberculeux (*tuberculeux suivis*);

Nombre de malades placés dans les hôpitaux;

Nombre de malades placés dans les sanatoriums;

Nombre de placements dans colonies, préventoriums (non tuberculeux);

Nombre de visites faites par les visiteuses d'hygiène;

Nombre d'examen de laboratoire et de radioscopie.

Les renseignements ainsi obtenus nous donnaient une idée assez précise sur la valeur du fonctionnement des dispensaires subventionnés. Ce système facilitait aussi la tâche de nos inspecteurs techniques et donnait aux Comités locaux l'habitude d'analyser le rendement de leurs institutions.

Au début, nous fûmes évidemment critiqués sur le temps que nous consacrons à ces analyses des rapports et sur notre grande foi dans la statistique. L'avenir nous a donné raison. Aucun des Comités de dispensaires ainsi organisés, ne se dessaisirait aujourd'hui de son système de fiches grâce auquel il suit constamment le fonctionnement de son institution avec le plus grand intérêt.

L'œuvre du Service de Statistique fut des plus utiles, parce que ce service comblait une lacune importante dans l'organisation antituberculeuse nationale et qu'il démontra rapide-

ment la nécessité d'un système de liaison des diverses institutions antituberculeuses, et aussi celle d'obtenir de meilleures statistiques sanitaires en France.

ANALYSE DES RAPPORTS MENSUELS POUR LA FRANCE ENTIÈRE

Le 1^{er} janvier 1923, **272** dispensaires répartis dans **59** départements, envoyaient régulièrement l'état mensuel de leur travail au Bureau de la Statistique de la Mission Rockefeller.

L'augmentation progressive du nombre de dispensaires en liaison avec le Bureau de la Statistique de la Mission Rockefeller de 1917 à 1922, est indiqué comme suit; ce sont des dispensaires créés ou subventionnés par la Mission, ou bien organisés sous le contrôle de celle-ci : (Voir graphique F.)

<u>Années</u>	<u>Départements</u>	<u>Dispensaires</u>
1917	2	2
1918	6	13
1919	18	75
1920	34	137
1921	56	219
1922	59	272

149 dispensaires dans 29 départements faisaient exception et n'envoyaient pas de rapports mensuels à la Mission Américaine pour une raison ou pour une autre, bien que la Mission Rockefeller ait accordé à plusieurs d'entre eux, des subventions ou coopéré à organiser leur défense antituberculeuse. Ces départements, pour la plupart insuffisamment ou nullement organisés en 1922, sont les suivants :

Ain — Allier — Ardèche — Ariège — Basses-Alpes — Cantal — Charente-Inférieure — Cher — Corrèze — Creuse — Dordogne — Doubs — Gers — Indre — Jura — Landes — Loire — Haute-Loire — Lot-et-Garonne — Lozère — Haute-Marne — Moselle — Pyrénées-Orientales — Haute-Savoie — Deux-Sèvres — Tarn — Tarn-et-Garonne — Vendée — Yonne.

Quelques Comités estimaient que le système américain de fiches était trop compliqué, ou bien ils ne désiraient pas

UN EFFORT REMARQUABLE D'ORGANISATION
LE DÉVELOPPEMENT DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX,
EN FRANCE, DE 1917 A 1925.

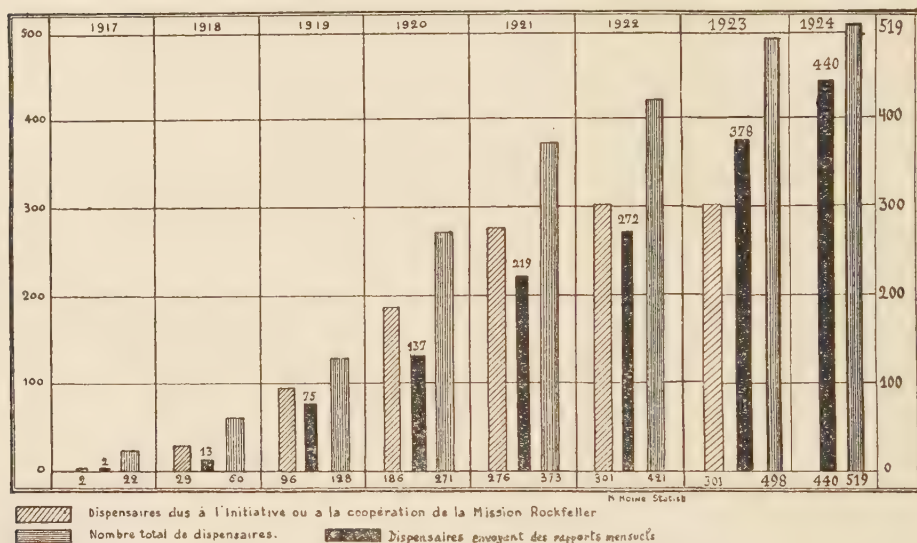


Fig. 95. — GRAPHIQUE F.

Graphique montrant, pour chaque année, de 1917 à 1925, le nombre de dispensaires antituberculeux fonctionnant.

Les chiffres au-dessus et au-dessous de chaque colonne indiquent le nombre de dispensaires.

Les colonnes avec les hachures verticales représentent le nombre total des dispensaires fonctionnant; les colonnes avec hachures obliques indiquent le nombre de dispensaires créés par la Mission Américaine ou coopérant avec elle; les colonnes noires indiquent le nombre de dispensaires coopérant avec la Mission et lui envoyant un rapport mensuel.

Depuis le transfert des différents bureaux de la Mission au Comité National de Défense contre la Tuberculose, en 1923, ces dispensaires sont en relation constante avec celui-ci. Au 31 décembre 1924, 519 dispensaires fonctionnaient en France, contre 22, en 1917, et 440, parmi eux, envoient des rapports mensuels au Ministère de l'Hygiène et au Comité National.

changer la forme, pourtant plus encombrante et moins pratique, de leur système de dossiers. Chez certains, ce fut même une question d'amour-propre — ou de mauvaise volonté

— pour ne pas adopter un système uniforme, déjà en usage dans la majorité des départements, et qui, seul, pouvait donner une idée du travail accompli dans chaque département et dans le pays entier.

Après l'étude des rapports des dispensaires par le Bureau de la Statistique, un résumé mensuel est établi pour chaque dispensaire sur lequel les principaux éléments sont représentés. 4 graphiques sont constamment tenus à jour et permettent de constater le développement du travail médical et social accompli chaque mois dans les dispensaires.

Relevé des résultats dans les dispensaires en liaison avec la Mission Américaine

Année 1918, — 13 dispensaires ont effectué **29.106** examens médicaux de personnes venues aux consultations, dont **15.389** furent prises en charge et inscrites. Parmi ce nombre on trouva **2.465** tuberculeux.

*
* *

Année 1919, — 75 dispensaires (22 appartenant à la Mission et 53 coopérant avec la Mission dans 16 départements) envoient des rapports mensuels. 34 infirmières-visiteuses professionnelles sont en fonction. On y donne **64.513** consultations médicales individuelles. Parmi ces consultants examinés, **19.389** sont inscrits et pris en charge par ces dispensaires, dont **8.867** sont diagnostiqués tuberculeux. Il y a eu pendant l'année **4.754** nouveaux tuberculeux diagnostiqués et admis.

Il est curieux de noter que les 53 dispensaires de province dans 16 départements coopérant avec la Mission, n'avaient dépisté que **3.072** tuberculeux, alors que les 22 dispensaires de la Mission Américaine à Paris et dans l'Eure-et-Loir, en avaient dépisté et diagnostiqué, à eux seuls, un nombre supé-

rieur, soit **3.630** tuberculeux. Le travail dans les dispensaires de la Mission était donc bien plus intensif et efficace.

Les **84** infirmières-visiteuses professionnelles en fonction, avaient fait **26.371** visites à domicile.

*
* *

Année 1920. — *a)* **137** dispensaires envoient des rapports, — dans **34** départements.

b) **9.472** séances de consultations y sont données, dont **688** dans les dispensaires de Paris et **855** dans les dispensaires d'Eure-et-Loir (Mission Rockefeller).

c) **102.002** examens médicaux individuels y sont faits dont **31.325** hommes, **38.957** femmes et **31.720** enfants (approximativement **3** hommes, **4** femmes et **3** enfants à chaque séance de consultations).

d) Parmi ces consultants, **34.197** sont inscrits et pris en charge par les dispensaires.

e) **12.903** tuberculeux sont dépistés, diagnostiqués, soignés et surveillés au cours de l'année.

f) **21.599** nouvelles personnes furent admises et inscrites dans les dispensaires dont **8.377** tuberculeux (**3.408** hommes, **3.217** femmes, **1.752** enfants).

g) Les **153** visiteuses d'hygiène attachées aux dispensaires ont fait **167.634** visites à domicile dans **14.654** familles.

*
* *

Année 1921. — *a)* **219** dispensaires, dans **56** départements envoient des rapports mensuels, soit **82** de plus qu'en 1920.

b) **14.373** séances de consultations y sont données.

c) A ces séances **148.048** personnes furent examinées, dont **42.068** hommes, **53.952** femmes, **52.028** enfants (approximativement **3** hommes, **4** femmes, **4** enfants par séance de consultations).

d) **36.074** nouveaux malades furent inscrits et pris en charge par les dispensaires pendant l'année, et parmi ceux-ci,

Fig. 97.

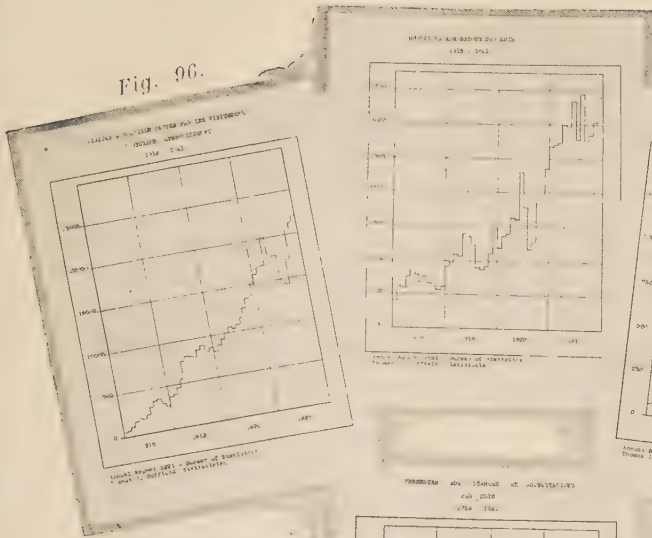


Fig. 98.

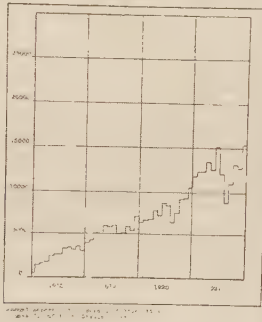
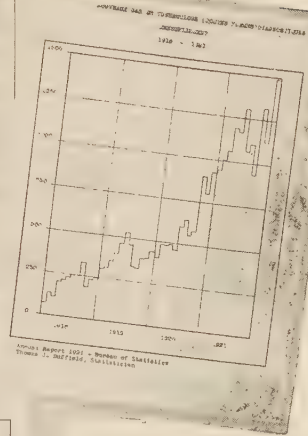


Fig. 99.

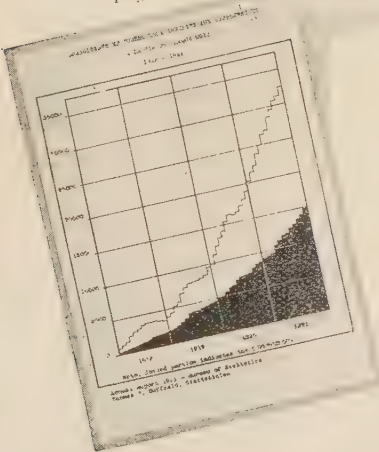


Fig. 100.

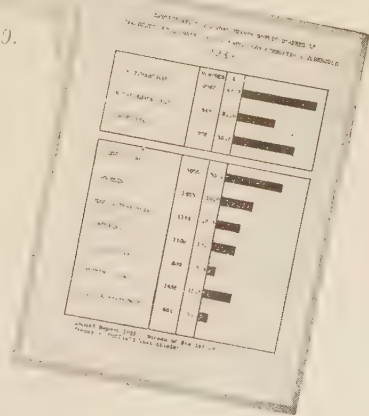


Fig. 101.

à 1922. L'échelle noire indique les tuberculeux, la blanche, le nombre total des consultants.

Fig. 101. — Classification des consultants suivis d'après le diagnostic et la raison de la sortie des consultants tuberculeux, pour l'ensemble des 219 dispensaires, en 1921. (Lire explication, p. 372.)

Fig. 101. — Classification des consultants suivis d'après le diagnostic et la raison de la sortie des consultants tuberculeux, pour l'ensemble des 219 dispensaires, en 1921. (Lire explication, p. 372.)

13.917 nouveaux cas de tuberculose furent diagnostiqués (**5.236** hommes, **5.136** femmes, **3.545** enfants).

e) **53.882** malades furent inscrits dans les dispensaires et activement surveillés par eux pendant 1921, comprenant les **17.808** inscrits au premier jour de l'année, et les **37.074** nouveaux inscrits de l'année. Parmi ces **53.882** inscrits, **22.195** furent diagnostiqués tuberculeux, suivant le tableau ci-après :

Année 1921	Femmes	Hommes	Enfants	Total
Malades examinés et pris en charge	17.901	14.542	21.439	53.882
dont tuberculeux	9.331	8.209	5.655	22.195
— proportion p. 100 des tuberculeux	52,1 %	56,5 %	26,4 %	41,2 %

f) Les visiteuses attachées aux **219** dispensaires ont fait un total de **206.496** visites à domicile, à **176.000** malades, dont **191.954** pour des enquêtes et surveillance, et **13.542** pour soins à donner. Les malades et leurs familles vus au cours de ces visites, se chiffrent par **175.959** personnes — **25.080** familles furent visitées.

g) **22.831** examens de crachats furent faits par les laboratoires de ces dispensaires, dont **7.008** contenaient des bacilles.

h) **15.124** examens radiologiques furent faits.

i) Durant cette même année, **25.495** personnes ont quitté les dispensaires : **10.883** (soit 43 %) non tuberculeux ; **5.546** (ou 22 %) non diagnostiqués et **9.057** (ou 35,5 %) tuberculeux.

*Raisons de sortie des tuberculeux
dans l'ensemble des dispensaires en 1921.*

(Voir fig. 101, p. 371)	Nombre absolu	Proportion en %
Hospitalisés	3.005	33,2
Ayant reçu d'autres soins	1.114	12,3
Décédés	1.635	18,0
Ayant refusé les soins	1.435	15,8
Ayant déménagé	1.108	12,2
Trace perdue	309	3,4
Guérison apparente	461	5,1

*
* *

Année 1922. — Relevé des résultats obtenus.

a) Les **272** dispensaires ayant fonctionné pendant toute ou partie de l'année 1922 dans **59** départements, et ayant envoyé leurs rapports à la Mission Américaine, ont tenu **19.067** séances de consultation au cours desquelles **195.989** consultations médicales individuelles ont été données, dont **52.345** à des hommes, **70.608** à des femmes et **73.236** à des enfants, soit une moyenne de **10** personnes examinées par séance de consultation, approximativement **3** hommes, **4** femmes et **4** enfants.

L'année 1922 présente sur 1921 une augmentation de **47.941** personnes examinées aux consultations, soit 32,4 %.

b) Pendant l'année 1922, on a examiné, inscrit et pris en charge **83.954** consultants, dont **21.837** hommes, **27.248** femmes, **24.869** enfants, y compris les **31.808** inscrits avant le 1^{er} janvier 1922 et les **7.004** admis par transfert ou réadmis.

Parmi les **31.808** consultants inscrits au 1^{er} janvier 1922, figuraient **14.284** tuberculeux (toutes formes). Pendant l'année 1922, nous avons un excédent de **4.031** nouveaux tuberculeux diagnostiqués sur l'année 1921, soit une augmentation de diagnostics de 29 %.

c) Les nouvelles admissions aux dispensaires, et les nouveaux cas de tuberculose pendant 1922, sont donnés ci-après :

<u>Année 1922</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Enfants</u>	<u>Total</u>
Nouvelles admissions	12.282	14.564	18.356	45.642
Nouveaux cas de tuberculose	6.583	6.380	4.985	17.948
Proportion en %	53.6	42.5	27.1	39.3

Le graphique G, p. 377, reproduit ces éléments par mois pour la période de cinq ans : 1918-1922.

Le nombre moyen mensuel a oscillé en 1922 entre **2.605** et **5.279** pour les nouvelles admissions, et entre **1.131** et **2.010** pour les nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués dans les dispensaires.

d) *Le nombre total de consultants suivis pendant l'année 1922 est de 883.842 dont 35.302 tuberculeux classés comme ci-après :*

<u>Année 1922</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Enfants</u>	<u>Total</u>
Consultants	21.837	27.248	34.869	83.954
Tuberculeux	12.711	12.871	9.730	38.302
Proportion de tuberculeux en				
%	38,3	47,3	27,8	42,0

e) *Raisons de la « sortie » des tuberculeux des dispensaires.* — La raison pour laquelle un tuberculeux quitte le dispensaire, est un facteur important dans l'estimation du bon fonctionnement de ce dispensaire. On ne perd naturellement pas trace des malades consultants, inscrits au dispensaire, et qui l'ont quitté pour une raison ou une autre, ni des tuberculeux ayant quitté les dispensaires ou étant déclarés « sortants ».

C'est ce que montre le tableau suivant qui donne les raisons de ces sorties :

*Raisons de sortie des tuberculeux dans les
272 dispensaires suivis en 1922*

<u>Classification</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Enfants</u>	<u>Total</u>
a) <i>Non tuberculeux</i>	2.958	4.620	6.444	14.022
b) <i>Non diagnostiqués</i> ..	1.609	2.415	3.631	7.655
c) <i>Tuberculeux, dont</i> ..	5.343	4.711	3.125	13.179 100 %
Hospitalisés	1.818	1.515	1.483	4.816 36 %
Décédés	1.348	1.000	183	2.540
Soignés ailleurs (mé-				
decin, praticien)	611	517	389	1.517
Ayant quitté le dis-				
trict	470	490	283	1.243
Trace perdue	200	137	62	299
Ayant refusé les soins..	755	817	562	2.134
Guérison apparente ...	141	226	163	530

Cela montre que l'hospitalisation est la raison la plus fréquente de la « sortie » des tuberculeux. C'est ainsi que ce doit être, et tout l'effort doit être porté vers l'hospitalisation dans les hôpitaux et dans les sanatoriums, des malades re-

connus tuberculeux. Ceci ne veut pas dire que les dispensaires les perdent tout à fait de vue, car à leur retour de l'hôpital ou de sanatorium, le Fichier Central de la région doit aviser les dispensaires, du retour de ces tuberculeux. La proportion des malades placés dans les hôpitaux et les sanatoriums, est de **36 %** en 1922 contre **33 %** en 1921. Il faut tenter d'en placer davantage.

Aux Etats-Unis, la proportion est d'environ **80 %**, mais la lutte contre la tuberculose dure depuis 20 ans, et il existe beaucoup de lits d'hôpitaux et de sanatoriums (80.000).

La proportion des placements augmente donc, mais en général, ce sont les communes et les départements qui refusent de payer les dépenses des sanatoriums où l'on trouverait encore de la place. Les frais d'hospitalisation d'une journée de malade se montent de 14 à 16 francs, et beaucoup de petites villes les trouvent trop onéreux pour leur budget. Lorsqu'on fait une demande à une mairie, on attend souvent plusieurs mois pour avoir une réponse.

Les malades dépendant de l'Assistance Médicale gratuite, peuvent être hospitalisés dans le sanatorium du département, sur la signature du préfet, lorsque le département possède un sanatorium ; lorsqu'il n'en possède pas, et qu'il n'a pas de lits réservés dans un autre sanatorium, on refuse souvent d'engager de nouveaux frais.

La planche de graphiques, à la page 371, montre comment le Service de statistique suivait le travail de l'ensemble des dispensaires du pays, ou d'un département donné. Ainsi, dans cette série de graphiques, la figure 101 donne une idée de la proportion des personnes venues au dispensaire, ayant été trouvées non-tuberculeuses, n'ayant pas encore été diagnostiquées, ou encore trouvées tuberculeuses. La plupart de celles considérées comme non-diagnostiquées sont généralement des malades qui ne sont pas revenus assez souvent pour que leur diagnostic puisse être complété. Ce graphique montre, qu'en 1921, 17,8 % des individus venus une fois au dispensaire ont été portés « sortis » pour des raisons de non-diagnostic, »

alors qu'en 1922 il y a eu 11,5 % d'individus « sortis » pour la même raison. *Cette diminution prouve que le public a mieux compris l'utilité de venir aux dispensaires.*

La fig. 99, page 371 montre, par mois et par année, le nombre des consultants et des tuberculeux restant inscrits dans les dispensaires. Le tableau suivant donne la classification de ces consultants au 31 décembre 1922.

<u>Année 1922</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>	<u>Enfants</u>	<u>Total</u>
Tuberculeux pulmonaires sans autres formes	6.480	6.995	2.483	15.958
Tuberculeux pulmonaires avec autres formes	340	310	983	1.633
Autres formes de tuberculose sans lésions pulmonaires	340	529	2.889	3.758
<i>Total des tuberculeux</i>	<i>7.160</i>	<i>7.834</i>	<i>6.335</i>	<i>21.349</i>

f) *Les visiteuses d'hygiène* des **272** dispensaires antituberculeux ont fait en 1922 (voir graphique III), un total de **290.844** visites aux domiciles de leurs consultants dont **272.324** pour enquête et surveillance, et **18.250** aux malades alités. *Le nombre de personnes venues au cours de ces visites, s'élève à 245.977.* De plus, **56.252** visites diverses ont été faites, soit aux comités, soit aux maires, soit pour placement des malades.

<u>Classification</u>	<u>Heures de travail</u>	<u>Pourcentage</u>
Aux dispensaires	237.256	42,1 %
Pour les visites	220.754	39,2 %
Pour les écritures	76.439	13,5 %
Divers	29.489	5,2 %

Il ressort de ces chiffres que les visiteuses passent près des deux tiers de leur temps — exactement 60,8 % — au travail intérieur des dispensaires et seulement 39,2 %, un peu plus d'un tiers, pour les visites à domicile. C'est un progrès sur l'année 1921, où 35 % du temps était consacré aux visites ; mais ce procédé est encore préjudiciable au bon fonctionnement du service social et au recrutement des malades, par conséquent au travail prophylactique. L'organisation du tra-

CINQ ANNÉES DE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE EN FRANCE. 1918 à 1923.

Nombre de nouvelles admissions et des nouveaux cas de tuberculose dépistés et inscrits dans les dispensaires.

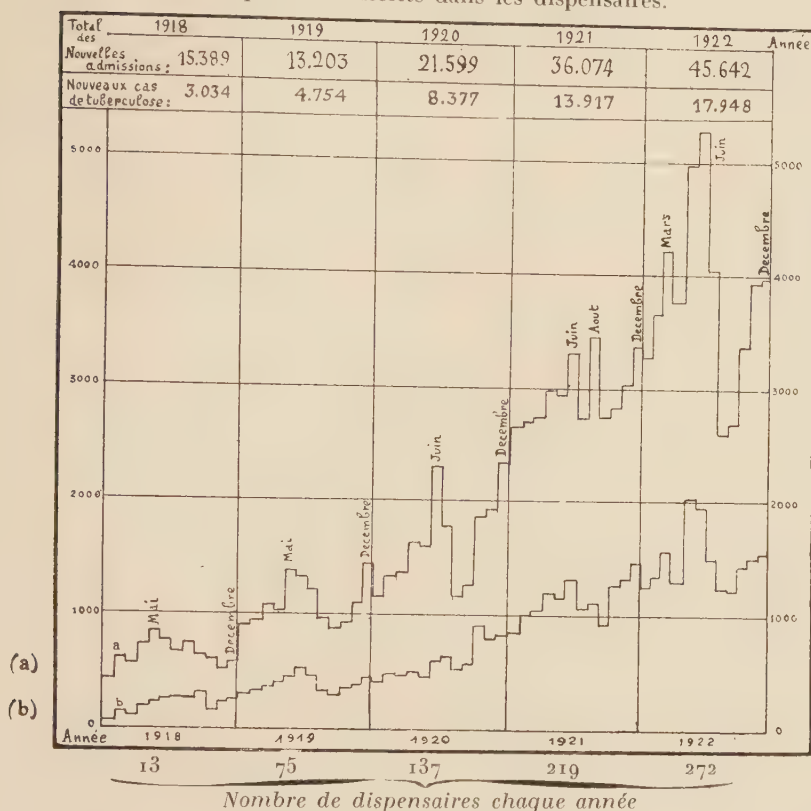


Fig. 102. — GRAPHIQUE G.

Le nombre de nouveaux consultants, et parmi ceux-ci les nouveaux cas de tuberculose, recrutés et pris en charge par les dispensaires, à la fin de chaque mois et à la fin de chaque année, indique la *quantité* et la *qualité* du fonctionnement.

C'est ce que montre le graphique ci-dessus. La ligne (a) indique pour chaque mois le niveau atteint par le nombre de nouveaux consultants admis. La ligne (b) indique le niveau atteint, chaque mois, par le nombre de nouveaux cas de tuberculose dépistés. Ces données sont pour l'ensemble des dispensaires qui envoyaient des rapports mensuels, indiqués au graphique F. En 1922, les 272 dispensaires ont dépisté 17.948 nouveaux cas de tuberculose, parmi 45.642 nouveaux consultants pris en charge.

Pendant l'année 1924, les 439 dispensaires envoyant des rapports, ont dépisté 42.561 nouveaux tuberculeux.

Au total, du 1^{er} janvier 1918 au 1^{er} janvier 1925, le nombre surprenant de 114.530 tuberculeux furent dépistés et surveillés au point de vue prophylactique. Avant 1918, les 22 dispensaires qui fonctionnaient en surveillaient à peine 2.000. Quel progrès et quelles espérances !

On remarquera que le niveau des consultants baisse en juillet et août, et atteint le point le plus haut, en mai et décembre.

vail intérieur des dispensaires doit être remanié, en employant, au besoin, des assistantes bénévoles ou non professionnelles pour certaines écritures, afin de laisser aux professionnelles, pour les visites à domicile, au moins la moitié de leur temps.

Le nombre total des familles à surveiller (sur listes de visites), au dernier jour de l'année 1922, était de **38.968**, dont **23.446** avec au moins un tuberculeux.

Les statistiques au point de vue examens de laboratoire et examens radiographiques, surtout en examinant les dispensaires individuellement, démontrent que ces deux méthodes ne sont pas encore suffisamment appliquées.

Nous donnons ci-dessous un tableau rétrospectif résumant le travail accompli dans les dispensaires coopérant avec la Mission Rockefeller, depuis 1917 jusqu'en 1922, et démontrant les progrès de dépistage et de diagnostic faits par cette vaste machine antituberculeuse. (Voir les tableaux, pages 362, 386 et 388.)

Année 1923

Relevé des résultats obtenus (1)

La machine antituberculeuse, dans le pays, a été lancée à vive allure. L'effort de la période d'action de la Mission Rockefeller, de 1918 à 1923, ne se ralentit pas. Comme il avait été prévu, le transfert des divers services de la Mission Américaine, y compris le service de statistique, au Comité National de Défense contre la Tuberculose, au 1^{er} janvier 1923, ne causa aucun arrêt dans l'évolution des nombreux organismes créés. Les efforts persévérants du Ministère de l'Hygiène, du Comité National et des comités départementaux donnèrent, au cours de 1923, des résultats satisfaisants qui augmenteront encore progressivement.

a) **498** dispensaires antituberculeux fonctionnent dans 78 dépar-

(1) Ne sont pas compris dans les chiffres indiqués ci-dessous les statistiques des 37 dispensaires de l'Office Public de la Seine, et les 8 dispensaires de la Seine-Inférieure.

téments; et **333** parmi eux envoient des rapports mensuels au Ministère de l'Hygiène et au Comité National, comme ils l'avaient fait auparavant à la Mission Rockefeller. La plupart de ceux qui ne le font pas, sont handicapés par le manque de visiteuses d'hygiène, professionnelles et diplômées, qui seules, ont l'entraînement nécessaire.

b) **12** départements seulement n'ont pas au moins un dispensaire antituberculeux. Ce sont des départements à petite population, et aussi à mortalité officielle plus faible que la moyenne des autres départements.

Rendement médical des dispensaires (2)

c) **227.937** consultations générales individuelles furent données dans ces dispensaires, et l'on fit en outre, **52.927** examens radiologiques et **15.043** examens laryngologiques. Comme dans les années précédentes, la moyenne des présences à chaque séance de consultations est : **4** enfants, **4** femmes, **3** hommes.

d) Il y eut en tout **44.663** analyses de crachats, pour **43.402** inscrits ayant fourni des spécimens, faits dans les laboratoires en relation avec les dispensaires; et **12.340** de ces spécimens contenaient des bacilles de Koch. Mais il y a eu **50.643** tuberculeux surveillés au cours de l'année; le travail de laboratoire, dans l'ensemble de la France, est donc encore insuffisant.

e) **61.521** nouvelles personnes furent admises et inscrites dans les dispensaires au cours de 1923, parmi lesquelles l'on diagnostiqua **23.939** nouveaux cas de tuberculose.

Parmi ces nouveaux tuberculeux, **17.572** avaient une lésion de l'appareil respiratoire, **3.990** une adénopathie bronchique tuberculeuse, et **2.377** une lésion tuberculeuse autre que de l'appareil respiratoire. Le tableau rétrospectif A résume, d'une manière comparative, les résultats au cours des années 1918 à 1923 inclus.

f) Un total de **121.048** consultants furent surveillés par les dispensaires au cours de 1923. Parmi ceux-ci, se trouvaient **50.643** tuberculeux, dont **18.230** femmes, **14.500** enfants et **17.913** hommes.

Consultants « sortis » des dispensaires en 1923

g) **52.959** consultants furent « sortis » des dispensaires pendant l'année 1923.

(2) Les départements de la Seine-Inférieure, de Seine-et-Oise et de la Seine, pour 1/5 de ses dispensaires, ne figurent pas dans cette statistique malgré un rendement important.

Parmi ceux-ci **21.398**, soit 40,3 %, étaient *non-tuberculeux* ; **11.151** soit 21,1 %, étaient *non encore diagnostiqués ou non revenus* ; **20.410** soit 38,6 %, étaient *tuberculeux*.

4 % de *non-diagnostiqués* peut sembler élevé, mais ce sont surtout des enfants qui étaient suivis pour observation parce qu'ils étaient en « *contact de cohabitation* », et des personnes « non revenues » aux dispensaires pour terminer le diagnostic.

Les raisons de la sortie des 20.410 tuberculeux étaient les suivantes :

Classification	Hommes	Femmes	Enfants	Total	o/o des tuberculeux sortis
Placés dans hôpitaux ou sanatoriums.....	2.730	2.642	3.079	8.451	43,5 %
Décédés.....	1.711	1.415	220	3.356	17,2 %
Sous autres soins.....	675	666	418	1.759	9,1 %
Déménagés.....	542	652	327	1.521	7,8 %
Guérison apparente.....	303	341	393	1.037	5,4 %
Refus de soins.....	932	929	847	2.708	14,0 %
Pas de trace.....	253	235	91	579	3,0 %
Transférés dans d'autres dispensaires	364	317	328	1.009	
	7.510	7.197	3.703	20.410	100 %

Ce tableau démontre qu'il y a eu plus de tuberculeux placés dans les institutions au cours de 1923 (43,5 %) qu'en 1922 (33,6 %). Le chiffre des décédés parmi les tuberculeux, est aussi moins élevé : 17,2 % en 1923 contre 19,3 % en 1922.

L'action des dispensaires devient plus effective au fur et à mesure des années de fonctionnement de ces institutions.

h) Les consultants et les tuberculeux « *restant inscrits* » et en

charge, dans les dispensaires au 31 décembre 1923, sont classés comme suit :

Total des consultants restant inscrits	68.089
dont 1° non-diagnostiqués	17.435
2° surveillés pour contact de cohabitation	14.383
3° affections autres que la tuberculose	6.182
4° <i>tuberculose</i> (toutes formes)	30.089 soit
44,3 % des consultants restant inscrits.	

Les personnes vivant en contact avec un tuberculeux, spécialement la famille du tuberculeux, doivent venir se faire examiner au dispensaire, pour déterminer s'ils sont déjà contaminés et pour les surveiller. De ce fait, ils sont inscrits au dispensaire. Plus ce groupe sera grand, mieux cela vaudra. C'est le groupe des « non-diagnostiqués » qui ne doit pas rester élevé.

i) *Rendement social des dispensaires en 1923 :*

462 visiteuses d'hygiène professionnelles ont fait **254.962** visites à domicile, et accompli **707.992** heures de travail.

50.752 familles furent surveillées, dont **28.935** ayant au moins un tuberculeux. Ces familles surveillées étaient composées de **65.571** adultes et **35.093** enfants.

Dans ces chiffres ne sont pas compris le travail de 97 visiteuses dans certains dispensaires de l'Office d'Hygiène Sociale de la Seine. Il existait au 31 décembre 1920 : 400 visiteuses dans les dispensaires de province et 159 dans les départements de la Seine, dont 152 dépendant de l'Office Public d'Hygiène Sociale.

L'analyse de l'emploi du temps des visiteuses, montre que 56 % de leur temps est utilisé au travail intérieur du dispensaire, soit aux consultations ou aux écritures, et 44 % à l'extérieur, dont 33 % en visites à domicile.

j) *Placement des tuberculeux :*

8.969 tuberculeux furent placés au cours de 1923, dont 2.431 dans les hôpitaux, 3.318 dans les sanatoriums pour pulmonaires, 979 dans des sanatoriums pour tuberculose chirurgicale, 1.209 dans des préventoriums (enfants principalement) et 1.032 sous divers autres modes de placement.

5.623 non-tuberculeux furent placés comme suit, parmi lesquels 87 % étaient des enfants :

Dans les hôpitaux, 539 soit 5,6 %;

Dans les préventoriums (enfants), 2.277 soit 42,5 %;

Œuvre Grancher (placement familial), 921 soit 18,2 %;

Autres placements, 1.886 soit 33,8 %.

L'ensemble de la France en 1923 et en 1924

En ajoutant à ces divers chiffres, correspondant à 333 dispensaires étudiés, des chiffres de statistique provenant de 37 dispensaires de la Seine, l'on trouve au 31 décembre 1923, « inscrits » dans les 370 dispensaires de France, non compris les dispensaires de Seine-et-Oise et de Seine-Inférieure :

	Consultants	Tuberculeux	Visites à domicile
a) 333 dispensaires de province (64 départements)	68.089	30.089	354.962
b) 37 dispensaires de la Seine....	38.829	21.857	153.378
c) Total	106.918	51.946	508.340

Les chiffres indiqués par le Ministre de l'Hygiène et par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, montrent pour l'année 1924, la progression de toute la machine antituberculeuse, à laquelle on est en droit de s'attendre. Voici quelques statistiques au 1^{er} janvier 1925 :

1° 530 dispensaires antituberculeux fonctionnent en France, parmi lesquels 439 envoient un rapport mensuel au Ministère de l'Hygiène et au Comité National.

2° 107.904 nouveaux inscrits furent pris en charge par ces dispensaires, au cours de l'année; parmi eux, 42.561 nouveaux cas de tuberculose furent diagnostiqués.

3° 232.922 consultants furent suivis au cours de 1924, parmi lesquels 102.381 tuberculeux. 18.521 de ces tuberculeux furent placés dans des institutions, parmi lesquels il se trouvait 12.329 adultes et 6.292 enfants.

Conclusion

Nous trouvons donc au 1^{er} janvier 1923 que les 272 dispensaires coopérant avec la Mission Rockefeller avaient diagnostiqué et suivi 35.312 tuberculeux, et que ce chiffre est porté à 50.643 au 1^{er} janvier 1924, pour les 378 dispensaires en fonctionnement et envoyant des rapports mensuels au Comité National. Ce nombre comprend les tuberculeux inscrits dans les dispensaires au premier jour de l'année (21.066), augmenté des nouveaux tuberculeux diagnostiqués pendant l'année

(23.939) et les anciens tuberculeux réadmis, pendant l'année (5.638). Il ne comprend pas les tuberculeux soignés dans les

LE PRODIGIEUX RENDEMENT DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX
DE 1918 A 1924.

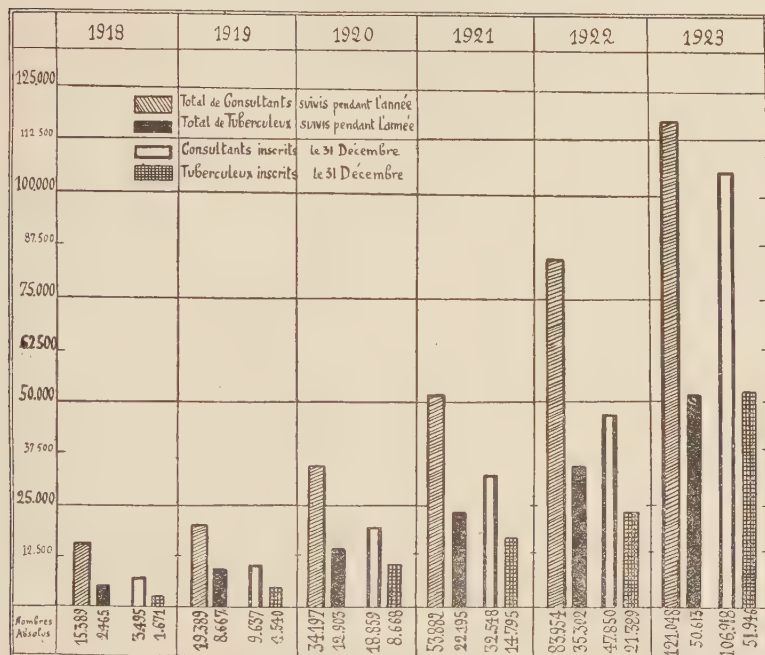


Fig. 103.

Graphique montrant, par année, le nombre total de consultants et de tuberculeux suivis pendant l'année, ainsi que le nombre de consultants et de tuberculeux restant inscrits dans les dispensaires au 31 décembre de chaque année.

En 1923, 121.048 consultants, parmi lesquels 50.613 tuberculeux furent suivis par 333 dispensaires.

En 1924, 32 dispensaires nouveaux ayant ouvert leurs portes, et le nombre des dispensaires envoyant des rapports au Comité National ayant augmenté, le nombre de consultants, suivis par les 439 dispensaires, s'est élevé à 232.922 et le nombre de tuberculeux suivis, à 102.381.

hôpitaux, sanatoriums ou en traitement particulier, ni les tuberculeux connus et inscrits dans les dispensaires de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine, (21.857

tuberculeux), ni les tuberculeux suivis par les 120 dispensaires n'envoyant pas de rapports annuels à la Mission Américaine ou au Comité National.

Lors de la cessation de l'action de la Mission Américaine et du transfert des services au Comité National au 1^{er} janvier 1923, **440** dispensaires fonctionnaient en France, mais 272 seulement étaient en liaison constante avec la Mission et lui envoyaient des rapports mensuels permettant d'établir les statistiques ci-dessus données. En supposant que les 168 dispensaires qui ne se reliaient pas régulièrement à la Mission Américaine, fonctionnassent aussi effectivement que ceux qui coopéraient régulièrement, et comme il a été indiqué, avec elle, *le nombre total des dispensaires en France (440) au 1^{er} janvier 1923, aurait dépisté, diagnostiqué et surveillé un total de 55.854 tuberculeux.*

En suivant le même raisonnement, 378 dispensaires signalaient, au 1^{er} janvier 1924, 50.673 tuberculeux diagnostiqués et suivis. Or il existait en France, à cette époque, 498 dispensaires fonctionnant, mais dont 120, indépendamment du Comité National. Si tous les dispensaires de France se reliaient à un organisme central, on trouverait pour l'ensemble du pays un nombre de 90.779 tuberculeux, connus, diagnostiqués et surveillés par les 498 dispensaires, au 1^{er} janvier 1924.

Comme le nombre *minimum* de tuberculeux vivants, avec lésion en évolution active, est représenté par cinq fois le nombre de décès par tuberculose, cela nous donne pour la France entière 84.443×5 , soit 422.215 tuberculeux en évolution active, à rechercher.

Au 1^{er} janvier 1924, la machine antituberculeuse française constituée par l'ensemble des dispensaires avait dépisté et surveillé **22** % du chiffre minimum de tuberculeux qu'elle doit atteindre, connaître et surveiller prophylactiquement.

Au 1^{er} janvier 1923, les résultats avaient été de **12** %.

Par conséquent, en une seule année (1924) le rendement général des dispensaires a augmenté de **10** %.

Il faut donc persévérer et intensifier, car il n'y a guère

qu'un cinquième du chemin fait avant d'arriver au contrôle efficace et définitif de la propagation du mal.

Et si nous considérons qu'un tiers de tous les tuberculeux, s'ils connaissaient leur maladie, se feraient soigner par leur médecin particulier et ne viendraient jamais au dispensaire, nous voyons que la machine antituberculeuse des dispensaires, doit *avoir pour but* d'atteindre, d'inscrire et de suivre un nombre de tuberculeux d'environ 66 % du nombre de tuberculeux vivants, soit environ **258.660** tuberculeux pour la France entière, constamment portés sur les fiches.

Du 1^{er} janvier 1918 au 1^{er} janvier 1925, le nombre surprenant de **114.530** tuberculeux furent dépistés et surveillés au point de vue prophylactique. Avant 1918, les 22 dispensaires qui fonctionnaient en surveillaient à peine 3.000; les autres tuberculeux continuaient à semer et à propager la maladie! Quel progrès, quelles espérances, que de vies ainsi sauvées!



Tableau n° 15

TRAVAIL ACCOMPLI PAR LES DISPENSAIRES, DE 1917 A 1923

Tableau rétrospectif

	Au 31 Déc. 1917	Au 31 Déc. 1918	Au 31 Déc. 1919	Au 31 Déc. 1920	Au 31 Déc. 1921	Au 31 Déc. 1922	Au 31 Déc. 1923
Nombre de dispensaires fonctionnant en France	22	60	128	271	373	440	498
Nombre de départem ^{ts}		6	18	34	56	59	64
Nombre de dispensaires envoyant un rapport mensuel à la Mission Rockefeller (créés par ou coopérant avec la Mission)	2	13	75	137	219	272	378
Nombre d'infirmières visiteuses profes ^{lles} ..		45	84	153	200	267	559
Nombre de personnes présentes aux consultations des dispensaires pendant l'année (examinées)	1.364	29.106	64.513	102.002	148.048	195.989	295.907
Nombre de consultants inscrits, pris en charge par les dispensaires (examinés, soignés surveillés)	1.803	15.389	19.389	34.197	58.730	83.954	121.048
Nombre de nouveaux consultants admis pendant l'année	679	7.821	13.203	21.599	36.074	45.642	61.521
Nombre de nouveaux cas de tuberculose parmi les nouveaux consultants admis ..	148	2.465	4.754	8.377	13.917	17.948	23.939
Nombre total de tuberculeux suivis (1) (diagnostiqués, soignés et surveillés)		3.034	8.667	12.903	23.195	35.312	50.643
Hommes					9.334	12.711	17.943
Femmes					8.209	12.874	18.230
Enfants					5.655	9.730	14.500
Nombre de consultants inscrits le dernier jour de l'année	637	3.495	9.637	18.859	32.548	47.850	68.089
Nombre de tuberculeux restant en charge dans les dispensaires à la fin de chaque année	129	3.913	4.540	8.668	14.795	21.349	30.089
Nombre de visites à domicile	718	26.371	84.571	167.634	206.495	290.844	354.962
Nombre total d'exa- mens de laboratoire (spécimens de cra- chats)	187	2.703	8.450	17.867	27.508	39.688	44.643

(1) Ce chiffre comprend le nombre de tuberculeux au premier jour de l'année, plus les nouveaux tuberculeux diagnostiqués et les tuberculeux anciens, réadmis pendant l'année.

(2) Ces chiffres sont à ajouter; ils correspondent aux dispensaires de l'Office de la Seine qui n'avaient pas envoyé de rapports à la Mission Rockefeller ou au Comité National avant 1923.

Tableau général n° 16

ÉTAT COMPARATIF

de

l'Action Générale et du Rendement

de

440 Dispensaires Antituberculeux

EN FRANCE

(Mouvement général des Malades, Service Médical, Service Rural)

pendant les Années

1921 = 1922 = 1923 = 1924



Etat Comparatif de l'Action générale des Dispensaires Antituberculeux

Résumé du travail effectué dans les Dispensaires envoyant des rapports

et avec le Comité National de Défense

ANNÉES 1921, 1922

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose déclarés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tuberculeux pendant l'année	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	3 1/2	4	5	6	6 1/2	7	8
Aisne	1.451	2.067	2.727	3.654	310	579	699	659	477	824
Laon.....	305	509	561	832	51	149	115	161	84	182
Château-Thierry.....	370	372	679	736	111	115	193	124	164	215
Hirson.....	216	324	346	662	43	46	101	106	63	87
Saint-Quentin.....	199	382	607	645	50	119	141	119	71	153
Soissons.....	361	480	534	762	55	150	149	149	95	185
Hautes-Alpes	178	392	623	687	128	117	191	76	128	222
Gap.....	178	268	342	357	128	59	47	44	128	164
Briançon.....		124	281	283		58	44	24		58
Alpes-Maritimes	953	1.338	2.246	3.002	344	349	453	506	415	610
Nice (S. B. M.).....	720	890	924	901	246	218	173	138	320	218
Nice (A. F. F.).....		25	403	494		6	77	65		6
Nice (Sainte-Agathe).....			239	507			76	86		
Antibes.....	145	172	290	309	21	26	33	33	48	55
Cannes.....	88	134	164	270	77	60	52	91	79	117
Menton.....		69	152	331		28	29	46		28
Roquebrune.....		48	37	9		11	1	0		11
Grasse.....			34	58			12	20		
Ardennes	236	846	1.161	1.620	113	265	198	269	111	356
Charleville.....	171	515	745	1.152	76	171	110	170	77	230
Fumay.....	14	36			4	11			4	15
Rethel.....	10	126	92	67	4	9	22	7		14
Sedan.....	47	204	324	401	13	60	66	92	15	72
Vouziers.....	44	55			14	14			15	25
Ariège (3 dispensaires)				436				119		
Aube	483	593	814	925	175	149	184	157		292
Troyes.....	216	279	486	533	87	109	125	79	91	175
Aix-en-Othe.....	19	19	36	58	5	5	8	19	5	10
Arcis-sur-Aube.....	24	20	39	43	11	0	9	2	11	9
Bar-sur-Aube.....	59	81	63	60	15	8	7	21	15	22
Bar-sur-Seine.....	31	44	31	28	13	8	7	2	13	18
Romilly-sur-Seine.....	134	150	159	171	44	19	28	26	45	58
				+32				+8		
Aude (2 dispensaires)		238	539	1.173		93	226	300		93
Aveyron	175	493	745	876	73	157	134	141	74	202
Rodez.....	54	132	201	273	36	43	51	53	37	69
Decazeville.....	121	211	253	259	37	58	50	60	37	77
Millau.....		150	281	344		56	33	28		56

TUBERCULEUX EN FRANCE (mouvement général, service médical, service social)

mensuels et coopérant avec la Mission Rockefeller (1921-1922)

contre la Tuberculose (1923-1924)

1922, 1923, 1924

Tuberculeux suivis l'année		Tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans divers institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les infirmières Visiteuses d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1 361	1 715	145	190	171	384	314	241	716	943	5 001	4 217	3 679
235	392	63	17	1	106	119	25	64	157	1 178	772	686
400	397	23	72	89	56	52	48	227	191	623	525	686
171	268	4	14	14	60	46	32	101	181	880	377	728
266	306	14	26	26	54	27	68	167	180	1 180	1 484	641
289	364	41	61	41	108	62	64	160	209	1 140	1 074	861
295	293	27	29	8	22	0	50	159	161	630	1 377	1 054
167	160	24	21	3	12	0	31	102	117	436	486	513
114	113	3	7	5	8	0	18	52	35	144	865	106
	+ 20											
966	1 243	96	169	127	221	151	183	1 258	1 460	4 348	5 668	6 001
403	393	79	88	55	87	59	62	675	585	1 400	1 593	1 670
156	189	2	30	40	45	22	44	226	238	89	778	618
94	214		2	11	20	23	27	55	240		327	833
90	95	8	21	19	19	12	16	130	120	1412	1 407	1 435
141	192	4	11	3	16	7	24	111	129	950	958	971
56	89	2	12	1	17	19	9	58	98	265	411	254
9	6	1	0	0	0	0		1		232	60	9
15	28		5	5	8	3	2	5	11		133	144
444	491	49	85	86	98	77	78	748	1 200	2 471	2 201	1 970
289	308	26	44	25	68	51	55	531	927	1 364	1 119	1 172
		1								174		
36	24	1	10	24	2	5	5	35	42	52	188	61
119	158	19	31	37	28	21	18	176	237	638	985	737
		2								253		
	121				17	14	73		70			668
394	466	23	33	36	8	21	47	30	123	1 680	2 040	486
273	305	2	22	21	7	12	44	68	104	993	1 079	120
14	27	1	3	0	0	4	1	1	2	69	90	58
18	15	0	0	1	0	2		2	4	73	103	39
20	36	0	1	5	0	1		2	5	127	147	46
15	11	1	1	0	0	0		2		59	61	25
54	64	19	6	9	1	2	2	15	8	370	552	142
	+ 8											
304	586	29	28	8	81	4	74	209	324	903	1 168	2 222
288	352	23	48	11	56	43	167	277	260	2 348	1 473	1 247
112	143	0	2	0	1	2	79	95	112	395	641	564
106	135	8	21	7	25	0	73	87	71	437	350	348
70	74	15	17	4	34	41	15	95	71	561	482	535

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose lépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tube pendant	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	3 1/2	4	5	6	6 1/2	7	8
Belfort			975							
Bouches-du-Rhône	1.270	2.226	4.158	5.478	355	778	1.122	1.028	796	1.263
Marseille Arenc	644	836	1.626	2.085	190	286	375	390	469	561
— Philipon	626	743	1.247	1.714	165	197	266	294	384	407
— Prado		589	1.046	1.368		263	352	270		263
Aix-en-Provence		58	138	157		32	38	34		31
Arles			101	154			91	40		
Calvados	1.122	1.411	1.903	2.145	253	232	265	278	330	474
Caen	177	274	601	835	85	77	133	133	103	141
Bayeux	338	332	397	438	71	53	53	61	118	151
Falaise	155	237	246	246	24	34	25	24	24	5
Honfleur	274	301	337	321	43	28	20	29	52	61
Lisieux	188	267	322	305	30	40	34	18	39	6
Cher (2 dispensaires)				589				167		
Charente	199	392	676	972	115	117	133	168	115	221
Angoulême	199	392	587	716	115	117	125	130	115	101
Cognac			89	256			8	38		
Charente-Inférieure (3 dis.			223	1.048			52	224		
Corse	117	297	422	509	33	56	56	36	33	8
Ajaccio	117	168	182	176	33	16	8	5	33	4
Bastia		78		166		25		18		2
Corté		51		124		15		7		1
				+43				+6		
Côte-d'Or	148	724	1.386	1.600	144	251	365	385	140	371
Dijon	140	653	1.175	1.261	140	221	263	280	140	331
Beaune	8	71	170	234	4	30	63	68		3
Montbard			65	74			43	24		
				+31						
Côtes-du-Nord	1.360	2.170	3.191	3.784	311	479	537	516	663	971
Saint-Brieuc	601	728	989	1.149	149	174	159	145	357	421
Chateaudren	46	74	110	130	2	4	20	14	6	
Dinan	159	169	264	236	25	30	48	23	58	6
Guingamp		228	446	473		63	95	90		6
Lannion	221	246	264	272	48	53	42	38	73	5
Loudéac	110	232	356	342	26	36	37	33	26	3
Paimpol		157	269	294	61	40	29	32		4
Quintin	219	244	314	333		43	19	51	164	4
Tréguier		92	179	196		36	28	29		3
Lamballe				+359				+61		
Drôme	310	458	803	1.079	158	121	150	139	158	251
Valence	310	417	554	671	158	104	105	96	158	231
Crest		41	179	280		17	33	32		1
Montélimar			70	128			12	11		
Eure	372	404	813	1.079	76	45	61	220	133	111
Evreux	52	151	254	432	8	16	24	149	8	2
Bernay		246	158	288		27	24	68		2
Louviers	320	7	401	359	68	2	13	3	125	

Tuberculeux suivis		Tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans diverses institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les Infirmières Visiteuses d'Hygiène		
l'année												
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
923	1024	45	11	12	14	13	14 1/2	16	17	18	19	20
125		26	40	14				336			1.568	
2.175	2.534	187	408	112	587	226	395	2.562	2.573	8.140	12.141	14.073
814	895	73	154	24	235	85	124	1.126	1.121	2.575	3.282	3.958
601	771	83	144	53	202	96	94	770	731	2.939	4.506	5.283
596	698	28	85	27	114	32	128	588	653	2.232	2.505	2.621
72	79	3	13	8	23	10	9	19	16	394	822	904
92	91		12	0	13	3	40	59	52		1.020	1.307
475	839	58	55	42	64	32	98	315	276	5.203	4.969	5.956
249	351	23	25	26	24	18	45	139	114	1.014	1.479	2.057
209	241	20	11	3	26	5	22	74	73	1.248	1.403	1.730
54	65	4	5	0	1	0	3	8	4	1.000		
81	95	1	1	7	2	2	11	61	41	821	766	784
84	87	10	13	6	11	7	17	41	44	1.120	1.321	1.385
	188			25		16	109		68			685
335	447	25	79	30	59	79	72	97	127	1.219	1.615	3.199
327	402	25	78	30	90	56	55	91	87	1.219	1.418	1.671
8	45	1	1	0	9	23	17	2	40		197	1.528
53	290		6	14	94	38	18	25	106		364	1.047
126	131	3	0	0	0	0	50	84	83	673	744	996
43	41	3	0	0	0		11	60	46	280	244	228
	48	0					35		22	147		156
	36	0					3		2	246		243
	+ 6											
577	756	32	137	46	135	60	162	454	488	1.719	3.272	3.620
435	531	22	108	44	102	52	121	348	394	1.259	2.292	2.457
91	130	10	22	2	25	8	32	71	59	460	734	636
45	62	7	0	0	3	0	5	32	28		246	452
	+ 25											
1.412	1.586	57	161	139	180	164	190	657	864	15.887	17.491	18.302
539	532	25	76	26	60	29	50	208	284	5.153	5.776	4.521
29	41	1	1	2	7	6	1	22	15	1.070	1.310	1.469
103	91	2	16	19	8	14	10	100	94	1.280	1.113	1.037
153	217	5	24	39	34	36	20	107	45	1.500	2.421	2.336
117	128	5	9	9	15	15	18	39	59	1.156	1.081	1.020
88	108	6	7	16	7	6	32	84	56	1.883	1.489	1.214
61	70	2	2	19	8	14	21	38	50	776	791	1.241
260	276	7	18	2	17	1	14	43	60	2.289	2.683	2.543
62	69	4	8	7	26	14	5	16	27	771	827	1.486
	+ 63		0	0	4	29	19		174			1.435
371	467	7	27	13	42	18	98	188	234	1.189	6.206	5.540
310	365	4	15	0	14	1	81	96	101	1.083	5.064	4.105
49	74	3	9	1	12	3	15	83	117	116	780	905
12	28		3	12	16	14	2	9	16		362	128
144	350	5	7	2	30	7	56	258	206	2.010	2.167	2.341
37	176	3	4	0	0	0	23	66	94	775	694	653
26	91	2	2	1	25	2	9	58	43	1.253	212	663
81	83	0	1	1	5	5	24	134	69	2	1.261	1.025

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose lépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tube pendant	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	3 1/2	4	5	6	6 1/2	7	8
Eure-et-Loir	2.305	1.274	1.777	1.941	293	219	237	301	1.017	628
Chartres.	391	225	361	350	36	31	44	37	182	79
Auneau.	58	37	34	57	7	2	3	7	28	12
Courville.	27	27	46	38	5	8	13	6	18	16
Epervon.	41	28	27	14	7	1	3	1	24	14
Illières.	72	41	46	43	5	5	5	2	38	17
Janville.	46	23	30	68	8	2	6	9	23	10
Maintenon.	61	31	24	22	8	4	2	3	38	20
Voves.	64	29	36	30	1	6	3	2	34	14
Châteaudun.	204	92	150	188	19	23	11	42	104	53
Bonneval.	144	40	65	100	13	13	14	19	67	27
Brou.	79	35	29	30	8	9	4	(	27	20
Cloyes.	76	20	28	33	9	3	8	11	41	13
Orgères.	59	28	23	24	5	7	4	2	23	18
Dreux.	317	174	273	341	51	33	26	64	164	102
Anet.	77	30	61	69	10	5	13	7	22	13
Châteauneuf.	54	17	28	28	7	3	2	(	21	11
La Ferté-Vidame.	93	25	12	16	2	2			38	17
Nogent-le-Roi.	35	37	43	32	4	8	5	2	16	15
Saint-Rémy-sur-Avre.	167	121	174	166	21	10	12	21	73	54
Nogent-le-Retrou.	161	129	188	199	30	29	41	36	73	60
Authon.	43	27	24	16	6	6	2	1	18	12
La Loupe.	54	39	51	58	5	7	11	15	18	17
Thiron.	31	19	24	20	8	2	5	8	19	10
Finistère (1)	5.780	6.982	12.573	17.482	1.460	1.308	2.717	2.463	2.704	3.007
Quimper.	406	434	987	1.343	72	69	242	180	250	218
Concarneau.	259	232	607	576	45	11	153	64	177	139
Douarnenez.	476	597	1.113	1.248	91	117	282	103	182	235
Pont-l'Abbé.	142	157	491	617	22	34	140	83	55	56
Quimperlé.	202	254	569	676	42	53	133	90	98	103
Brest.	1.116	1.082	1.261	1.201	327	213	296	267	517	531
Landerneau.	560	1.063	1.285	1.160	167	240	189	145	239	433
Lesneven.	280	322	469	401	48	93	135	95	105	160
Ploudalmézeau.	145	226	397	428	22	41	84	45	46	71
Chateaulin.	228	364	739	918	80	88	192	112	95	135
Carhaix.	316	327	677	586	152	36	117	48	165	132
Châteauneuf-du-Faou.	122	185	385	571	62	23	59	96	70	86
Crozon.	147	287	448	276	66	51	82	21	69	101
Morlaix.	546	528	916	1.090	86	91	180	180	182	181
Landisvieu.	136	129	406	580	44	15	85	66	106	89
Lanmeur.	85	112	221	235	16	25	37	16	28	40
Plouescat.	307	347	616	576	70	73	98	53	166	176
Roscoff.	120	88	31	119	15	7	2	21	45	24
Saint-Pol-de-Léon.	277	248	572	551	33	25	73	57	109	90
Lambézec.			155	329			59	82		
Rosporden.			288	347			79	41		
23 autres dispensaires secon daires du service rural (1)...				3.654				592		
Gard	888	613	1.485	1.558	143	143	314	252	317	366
Nîmes.	888	613	432	1.190	143	143	258	174	317	366
Le Vigan.			361	310			36	45		
				+58				+33		
Hte-Garonne (Toulouse)...	653	1.071	1.311	1.586	233	69	88	93	233	285

(1) Le rendement des 23 dispensaires et consultations volantes, constituant le service rural du Finistère, est exposé au tableau

Sujets suivis l'année		1 docteurs pneumologues avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en						Visites à domicile faites par les Infirmières Valeurs d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1923	1923	1924
9	10	45	41	42	43	44	45	46	47	48	49
751	800	74	121	34	131	71	117	716	652	6.937	6.263
118	105	13	33	16	25	33	17	167	123	1.763	1.671
8	9	1	3	0	0	6	3	5	17	236	162
26	23	0	4	0	1	0	2	19	14	148	195
9	6	1	2	2	1	0	0	12	1	130	206
15	13	3	2	0	0	0	5	25	12	99	96
15	26	2	0	0	5	1	4	5	19	94	188
12	13	0	1	6	2	0	0	8	2	253	115
13	9	3	0	1	3	2	0	23	18	165	99
55	73	4	12	6	11	2	2	60	72	692	196
32	35	2	4	1	10	1	3	19	24	122	426
14	13	0	3	0	3	0	2	6	15	81	134
17	25	0	2	1	3	0	3	17	11	146	70
13	7	4	0	1	6	1	1	12	7	73	95
114	154	19	23	3	28	12	14	51	65	541	48
31	28	1	6	0	3	2	3	16	14	45	802
14	15	1	1	0	2	0	2	9	11	59	141
8		2	0	0	0	0	0	6		31	58
16	14	3	1	1	2	4	3	16	9	54	10
65	55	2	7	2	11	5	13	23	26	1387	137
100	114	9	12	0	17	1	19	152	148	531	597
12	10	0	2	1	1	0	4	16	9	674	740
27	36	1	1	0	3	1	6	47	36	123	61
17	17	3	2	0	6	0	3	8	5	97	79
										67	36
5.091	6.719	327	517	446	601	508	1.742	5.007	5.450	39.878	39.763
392	485	17	56	15	51	20	99	441	305	2.966	3.035
254	252	6	16	13	24	7	46	205	86	3.448	4.507
499	513	38	63	27	36	15	106	460	200	4.067	2.308
184	220	5	24	4	26	4	45	248	142	1.103	1.182
225	227	17	37	8	26	31	54	215	115	1.473	1.350
633	671	62	77	44	79	58	259	696	981	5.840	4.354
570	510	50	20	52	21	65	143	332	298	4.740	3.222
278	234	17	21	16	27	10	56	189	188	1.283	1.381
135	129	5	12	21	11	10	27	155	145	1.532	1.305
316	356	24	39	35	41	28	82	462	304	892	1.162
217	178	5	18	40	9	21	42	249	177	965	931
128	180	3	3	28	17	15	58	177	242	600	1.033
164	128	4	8	11	4	3	22	121	69	1.510	2.235
322	405	35	42	35	29	39	121	455	439	2.489	2.810
171	196	6	15	18	16	20	46	95	128	1.297	1.991
65	48	7	10	19	1	3	11	85	64	852	1.102
229	201	19	19	39	21	21	52	213	205	1.578	1.596
17	37	2	0	0	5	2	11	8	71	949	1.235
139	169	5	12	19	11	13	28	114	93	1.244	2.045
67	151		3	1	12	14	58	18	153	186	1.190
86	112		22	1	17	10	18	77	57	600	808
					117	101	358		982		3.684
710	836	47	165	28	203	34	68	196	297	1.775	3.061
645	715	47	164	26	189	29	68	148	239	1.775	1.814
65	87		1	2	4	1		48	57	1.435	934
	+34										
328	325	4	14	25	29	28	3	309	1.412	1.394	1.244
											832

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Mortalité Consécutive à la Tuberculose pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose lépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tuberculoses pendant l'année	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gironde	2 255	3 773	5 487	6 212	688	725	788	926	700	1 291
Bagatelle (Bordeaux)		212	436	552		79	68	46	64	77
Bordeaux (Laennec)	371	455	585	717	61	101	69	34	64	118
— (Ferd. Petit)	571	827	1 083	1 133	151	189	113	76	175	311
— (Fcs de Sourdis)	156	261		841	114	65		114	122	137
— (Crs de Somme)	408	440	544	560	94	54	92	162	94	111
— (La Bastide)	190	248	446	431	45	35	55	98	47	77
— (Rosa-Bonheur)	365	448	482	606	135	35	62	52	137	161
Arcahon	73	79	170	200	37	28	46	41	37	51
Bazas		18	38	77		7	17	42		11
La Réole		32	95	120		13	29	47		71
Libourne	219	452	637	739	51	116	130	168	67	161
Blaye			16	164			32	74		106
Hérault	1 986	3 690	5 620	7 156	651		1 299	1 217	674	1 461
Montpellier	810	1 194	1 741	2 296	248		341	418	340	421
Bédarieux	16	240	241	212	2		71	26	4	77
Béziers	492	925	1 357	1 735	171		457	288	176	311
Cette	424	803	1 311	1 526	144		216	238	147	261
Frontignan			114	176			43	35		78
Clermont-l'Hérault	88	121	294	351	32		56	49	33	51
Lodève	38	60	139	131	14		30	15	14	29
Lunel	41	272	334	441	7		45	67	11	21
Saint-Pons	69	110	120	141	15		36	29	15	21
				+ 166				+ 58		224
Ille-et-Vilaine	2 056	2 307	2 681	2 797	367	350	327	363	738	851
Cochardière (Rennes)	494	103	605	760	79	83	120	129	216	181
Rennes (S.B.M.)	311	113	478	493	59	79	29	56	101	77
Pougères	715	722	801	734	155	57	79	80	226	111
Redon	273	275	222	253	33	16	8	14	89	181
Saint-Malo	162	214	272	311	48	72	68	58	94	141
Vitré	181	286	365	278	23	45	23	32	55	101
Indre (3 dispensaires)				643				228		
Indre-et-Loire	1 618	2 020	2 776	3 577	463	519	680	840	693	1 031
Tours (Bretonneau)	533	769	1 075	1 268	210	203	138	310	306	411
— (Coll. et L.)	209	323	445	506	121	119	121	112	159	241
— (La Ligue)	394	429	529	760	89	89	114	210	159	191
Amboise	176	159	162	203	35	29	34	31	64	77
Châteaurenault	136	117	205	312	16	12	44	61	19	21
Chinon	72	79	79	47	16	20	26	15	24	31
Loches	128	138	154	131	8	15	9	14	29	51
Neuillé-Pont-Pierre		6	46	223		2	16	80		91
Isère	254	660	1 128	1 806	72	187	222	225	76	231
Grenoble	210	385	683	1 068	62	54	142	115	68	91
Saint-Marcelin		139	178	274		54	12	36		51
Vienne	44	116	261	334	10	79	56	47	10	81
Rural-Vienne			46	131			8	27		31
Jura			312	652			141	141		
Loiret	82	720	1 506	2 360	20	123	330	458	20	271
Orléans	61	300	712	917	20	40	133	175	20	51
Giens		109	271	378		34	61	76		31

Tuberculeux suivis l'année		Tuberculeux pneumoniaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans diverses institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les Infirmières Visiteuses d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
9	10		11	12	14	13	14 1/2	16	17	18	19	20
2.079	2.427	133	576	602	632	616	387	1.666	2.211	14.798	18.064	20.221
154	170	7	32	24	54	48	14	80	146	1.262	1.886	2.279
195	177	22	28	18	32	34	20	109	167	1.647	2.117	2.932
495	454	46	229	317	262	236	49	277	313	2.773	2.515	3.145
	311	31	86	119	130	131	37		297	1.798		2.610
236	241	7	87	70	52	10	23	160	231	3.041	3.195	3.332
135	192	0	29	27	34	34	33	120	155	988	892	856
184	231	16	22	7	70	87	15	71	145	1.717	2.087	1.939
90	90	0	6	4	7	2	15	66	44	591	1.840	1.278
25	53	0	4	0	1	0	24	60	77	20	97	128
47	77	1	8	0	7	5	20	72	99	116	230	372
260	328	3	41	16	36	13	97	399	405	845	877	785
32	103		4	0	7	16	40	93	132		90	565
2.660	3.164	394	564	63	610	121	410	2.985	3.248	7.445	10.779	13.450
809	996	218	217	32	269	37	155	1.333	1.454	3.324	4.344	6.318
139	120	34	25	0	7	1	13	44	29	457	586	328
725	814	81	126	4	72	30	134	470	593	1.085	1.433	1.477
498	575	28	79	7	113	17	48	680	694	1.344	1.410	1.514
47	78		25	2	10	6	7	111	95		849	1.034
136	147	3	31	6	29	6	12	56	67	60	404	488
60	66	4	18	0	10	1	5	55	37	438	423	443
144	185	10	35	12	63	22	24	213	184	928	1.133	1.153
84	85	7	18	0	9	0	5	20	54	204	193	257
	+ 98											
981	1.026	135	179	209	151	202	153	816	1.197	9.492	8.905	7.098
268	277	73	102	58	73	82	66	330	569	2.388	2.174	1.983
134	137	19	21	39	28	40	23	177	274	1.434	1.831	1.464
253	297	8	25	63	26	34	23	166	152	1.559	1.412	726
75	60	4	3	2	0	2	4	18	23	1.300	602	335
172	182	13	8	4	8	12	27	141	135	1.197	1.316	1.223
79	73	18	20	43	16	32	10	44	44	1.604	1.570	1.367
	228				10	7	25		21			129
1.624	2.211	57	145	133	232	170	220	246	378	8.133	6.151	8.295
673	849	29	82	61	93	65	84	89	119	2.125	1.561	2.057
357	453	9	10	13	23	10	41	45	52	2.267	1.506	2.294
292	464	9	16	21	40	14	34	50	101	1.458	1.166	1.332
97	130	3	5	7	24	0	21	0	6	14	54	64
72	129	0	15	5	15	14	14	17	24	1.053	780	1.150
42	19	3	1	0	2	1	8	5	3	795	279	201
60	46	3	8	15	10	44	2	12	20	390	325	356
90	109	1	5	1	24	10	16	26	44	31	333	686
433	586	25	64	51	132	85	73	272	357	2.897	3.834	5.093
223	312	12	18	9	67	28	29	114	114	952	780	1.238
62	89	2	7	0	14	2	11	64	141	252	1.747	2.016
135	138	11	39	33	43	52	26	62	55	693	748	716
9	41		0	9	9	3	7	32	47		492	1.123
144	277		28	3	58	9	28	44	103		1.477	1.885
502	777	93	162	56	214	76	85	449	831	2.671	3.426	4.044
195	284	51	89	47	102	28	30	117	357	1.273	1.407	1.332
104	138	13	22	1	17	15	14	94	45	351	870	471

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose dépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tub pendant	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	3 1/2	4	5	6	6 1/2	7	8
Montargis	23	311	473	779		49	123	144	0	4
Pithiviers			50	261			13	63		
Loir-et-Cher	339	456	722	826	25	141	225	123	165	18
Blois	339	298	277	351	25	114	12	40	165	23
Romorantin		158	140	213		27	51	21		2
Vendôme			147	262			162	62		
Loire (Saint-Chamond)			228	349			96	94		
Loire-Inférieure	2.682	2.120	2.502	2.819	341	381	288	252	609	64
Nantes (Jean V)	664	465	600	875	43	67	85	95	156	13
— (Rue Rose)	368	215	181		29	31	12		62	6
— (Doulon)	548	472	492	517	94	112	71	54	144	20
— (Pirmil)	607	556	616	679	108	96	38	27	151	19
Missillac		14	16	15		9	3	1		
Saint-Nazaire	405	398	474	475	67	76	57	37	168	14
Ancenis			90	156			16	18		
Trignac			33	102			6	20		
Lot		355	670	886		117	132	150		11
Cahors		218	116	484		77	100	116		7
Figeac		128	91	153		37	14	15		3
Gourdon		9	207	249		3	18	19		
Lot-et-Garonne				181				139		
Maine-et-Loire	761	1.813	2.654	2.819	266	484	414	380	277	70
Angers	624	1.278	1.829	1.769	226	352	289	260	239	53
Cholet	47	249	386	489	15	74	63	69	15	8
Saumur	98	286	381	343	25	58	61	36	26	8
Trelazé			58	218			1	25		
Manche	241	295	520	652	89	65	120	131	126	12
Briquebec	18	25	30	23	7	5	2	3	7	1
Cherbourg	161	228	274	374	71	52	50	62	99	9
Valognes	62	52	94	75	11	58	6	11	32	7
Saint-Lô			122	180			62	55		
Marno	1.611	2.050	3.025	3748	327	364	511	526	411	52
Châlons-sur-Marne	222	197	269	234	48	51	60	48	87	6
Epernay	376	456	610	853	63	107	106	122	93	15
Reims (Belin)	69	464	754	913	10	49	125	140	18	6
— (Louvois)	619	692	1.129	1.421	114	118	189	152	138	15
Sézanne	61	91	108	99	16	14	9	12	21	1
Vitry-le-François	272	141	160	228	76	25	22	52	115	6
Marne (H.) (Chaum. et S.-D.)			289	1.091			180	468		
Mayenne	78	462	901	1.101	17	216	196	204	17	23
Laval	43	244	466	544	10	116	107	103	10	12
Château-Gontier	9	62	125	217	1	36	30	37	1	3
Mayenne	14	89	262	180	2	38	44	23	2	4
Renazé	12	68	94	85	4	26	14	21	4	2

Lieux suivis année		Tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans diverses institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les Infirmières Visiteuses d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
9	10	15	11	12	13	13	14 1/2	16	17	18	19	20
189	274	29	46	6	68	25	31	205	251	1.047	1.002	1.172
14	81		5	2	27	8	10	33	178		145	1.069
383	445	20	44	18	32	22	75	405	406	3 636	4.593	4.591
129	150	17	12	2	5	11	45	260	322	3.194	2.290	2.222
82	85	3	11	16	5	8	8	5	2	442	1.354	1.165
172	210		21	0	22	3	22	140	82		949	1.204
101	172		39	36	58	43	28	303	404		1.258	1.141
823	822	90	126	295	175	461	146	358	602	12.910	11.026	11.581
204	270	25	39	55	80	142	48	97	219	2.639	2.441	2.671
52		9	14	31				12		1.152	468	
206	185	15	24	52	32	79	33	54	100	2.252	2.152	2.169
154	137	27	13	40	19	127	19	46	78	3.711	3.055	3.028
13	12	0	0	0	1	0	1	4	2	1.130	265	209
158	145	14	28	88	28	64	26	120	119	2.026	2.264	2.206
23	38		7	26	5	34	14	14	34		289	900
13	35				10	15	5		50			365
237	355	13	33	32	41	23	110	223	177	637	869	1.238
165	270	10	29	31	37	16	61	106	85	329	293	418
19	30	3	2	1	2	1	22	52	43	300	279	598
53	55	0	2	0	2	6	27	65	49	8	297	222
	150				45	27	45		120			348
008	1.027	98	138	81	138	117	253	1.538	1.656	4.420	6.297	5.109
708	667	84	107	59	86	61	178	1.267	1.213	2.347	4.376	2.767
142	170	7	24	10	21	6	35	102	144	1.083	1.020	852
129	113	7	7	12	21	31	17	148	152	990	842	875
29	77				10	19	23		147			615
198	267	12	46	10	48	34	50	213	161	2.549	2.507	2.261
8	7	0	0	2	0	0	2	25	7	64	39	24
102	144	12	12	4	20	25	29	82	88	1.999	1.449	1.429
23	23	0	10	3	1	9	7	43	22	486	565	497
65	93		24	1	27	0	12	63	44		484	311
939	1.145	217	344	255	278	211	111	662	838	7.648	8.893	8.702
106	92	41	52	82	37	49	1	74	94	4.445	1.317	1.284
228	250	50	89	30	79	42	43	382	469	208	1.737	1.540
180	299	33	43	81	84	42	25	72	95	855	1.285	1.336
332	376	63	114	35	46	54	38	90	131	1.762	1.858	1.885
20	21	14	14	10	7	2	4	29	35	1.478	1.722	1.614
73	107	16	22	17	25	22		15	14	900	974	1.043
182	646		23	5	65	22	175	179	115		694	3.124
384	482	39	77	43	91	41	114	367	308	1 293	2.261	2.030
205	252	24	42	16	48	12	73	239	169	733	753	377
53	83	5	13	17	22	20	10	39	45	247	766	894
82	76	5	18	10	13	6	4	49	36	217	371	322
40	47	5	4	0	6	3	17	36	29	99	363	306

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose lépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tubes pendant	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	3 1 2	4	5	6	6 1 2	7	8
Meurthe-et-Moselle.	1.841	2.823	4.387	5.944	701	754	991	1.232	982	1.552
Nancy	1.457	1.900	2.748	4.080	517	466	579	981	937	1.132
Briey		105	127	17		66	20	16		6
Longwy	48	178	291	303	3	41	33	46	3	4
Lunéville	250	435	557	697	108	128	87	70	111	19
Toul	86	205	317	368	43	55	84	41	43	8
Joef			347	365			88	46		
				+ 106				+ 32		
Meuse.	246	714	1.252	1.499	90	238	323	246	89	30
Bar-le-Duc	185	476	611	727	72	141	280	98	74	19
Saint-Mihiel	25	119	206	260	8	54	47	42	4	6
Stenay	36	106	273	281	10	41	99	68	11	4
Verdun		13	162	231		2	44	38		
Morbihan.	884	1.114	2.491	2034	276	267	259	346	421	53
Vannes	344	306	430	453	81	58	53	44	193	17
Auray	156	197	259	253	53	57	38	32	59	9
La Roche-Bernard	130	136		268	11			61	48	4
Lorient	224	385	674	789	92	112	158	163	95	15
Ploermel	30	96	128	149	26	31	16	12	26	5
Hennebont				112				31		
Nièvre.	405	536	871	1.342	97	119	178	216	163	19
Nevers	356	356	450	723	73	76	93	131	154	13
Clamecy		15	110	155		5	32	26		
Cosne	39	134	253	375	16	31	40	54	16	4
Imphy	10	31	68	85	8	7	13	5	8	1
Nord.	3.177	3.117	4.622	5.909	481	459	601	653	696	84
Lille (Em. Roux)	1.223	920	1.278	1.649	178	112	132	173	298	25
— (Marillae)	527	282	508	429	44	25	47	34	68	6
— (Villemin)		196	469	417		37	27	18		3
Aniche	32	109	137	117	6	24	17	9		3
Cambrai	84	125	181	158	23	8	11	17	24	2
Douai	229	220	336	365	43	33	36	55		8
Dunkerque		27	269	302		14	98	73		1
Fourmies	28	145	173	244	2	33	28	23	2	3
Hazebrouck		91	184	260		8	27	10		
Roubaix (Fontenoy)	822	536	757	947	139	78	103	88		14
— (Pierre)	12	184	265	450	5	41	36	78		6
Valenciennes	210	282	365	384	45	46	39	46	47	7
Avesnes				87				29		
Oise.	451	2.297	3.911	4.398	200	742	984	765	200	91
Beauvais	151	598	808	831	57	189	156	134	57	23
Chambly	26	85	128	154	4	19	31	38	4	2
Chantilly		101	179	179		40	53	32		4
Clermont	18	215	379	444	13	86	88	75	13	9
Compiègne	50	258	441	466	37	94	107	91	37	16
Creil	192	806	842	868	78	212	234	152	78	22
Méru		89	293	312		41	66	43		4
Noyon	14	122	241	350	11	46	90	77	11	4
Senlis		93	279	286		15	56	48		1
Morny			49	78			29	6		
Breteil			66	93			19	15		

Tuberculeux suivis l'année		Tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} Janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans diverses institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les Infirmières Visiteuses d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
9	10	11	11	12	14	13	14 1/2	16	17	18	19	20
2.314	3.117	43	164	103	611	138	365	1902	2254	8 289	10.559	13.466
1.493	2.244	6	13	0	425		296	1.482	1.714	4.605	5.846	8.201
76	17	3	1	0	1	0		10	10	430	168	46
80	102	0	17	44	15	59	8	32	28	1.679	1.670	1.782
287	322	17	80	46	78	49	25	61	76	752	1.252	1.128
173	189	17	22	3	11	8	12	101	71	833	1.036	1.307
205	207		31	10	78	19	20	296	340		587	741
	+26											
577	650	42	127	112	134	83	78	342	360	1.915	2.625	2.591
133	303	29	44	54	47	32	36	161	147	977	865	700
106	123	9	31	21	23	25	32	86	98	425	448	611
144	157	4	36	9	41	21	6	66	83	502	964	893
47	67	0	16	28	23	15	7	29	32		348	387
673	797	64	84	37	120	41	173	729	495	7 602	8.844	7.788
186	172	23	26	12	26	17	27	73	83	1.920	1.643	1.864
100	89	7	8	3	18	2	11	288	35	1.970	1.564	366
	128	1	1	3	6	2	48	99	106	1.460	1.530	1.665
256	309	32	49	17	66	20	66	177	172	1.320	3.402	2.928
58	63	1	0	2	0	0	14	89	86	932	705	857
	36				3	0	7		19			108
302	410	58	97	58	107	150	92	822	1.129	1.414	2.184	3.573
160	232	46	53	22	72	97	58	562	761	841	1.051	1.965
45	56	0	17	6	11	4	7	111	160	13	258	617
78	105	10	26	26	21	39	30	109	171	459	737	856
19	17	2	1	4	3	10	3	40	37	101	138	135
1 322	1.538	93	274	447	253	420	501	2.228	2.344	13 914	16.055	17.609
310	352	25	81	97	76	70	136	589	833	3.977	3.609	3.172
113	106	12	45	95	36	86	39	158	124	1.007	1.274	1.268
93	71	3	28	21	16	29	24	239	177	1.151	1.803	1.387
49	45	5	7	18	3	7	2	15	7	770	585	784
32	32	3	8	24	6	17	11	46	63	553	657	648
104	123	2	13	51	27	51	34	147	170	1.689	1.767	1.764
114	164	0	14	6	5	3	41	244	175	41	1.314	1.654
52	63	14	15	30	12	57	15	96	112	753	923	1.234
36	39	1	6	14	2	12	13	77	70	749	1.089	1.099
216	252	15	22	31	21	18	108	396	460	1.481	1.502	1.866
92	153	7	16	9	25	19	51	135	15	746	715	1.252
91	105	6	19	53	13	43	23	86	100	895	817	942
	33				11	8	2		38			539
1.632	1.828	190	380	100	342	84	343	2.074	1.797	4.851	7.458	9.561
322	124	57	72	13	55	3	72	644	411	880	1.086	1.791
49	78	6	20	7	14	1	26	50	77	398	565	531
86	73	7	18	1	16	3	13	74	53	158	431	462
160	181	31	38	8	28	3	33	213	162	930	745	927
208	220	21	61	17	58	15	38	199	157	783	1.346	1.199
385	174	41	55	13	58	13	57	349	323	750	1.286	1.649
121	132	12	35	4	34	4	27	192	117	381	322	682
131	152	10	28	1	26	22	24	118	180	366	781	984
70	96	5	24	31	24	13	14	77	64	205	492	496
37	39		8	1	6	3	10	36	30	—	100	117
35	45		2	2	6	0	11	31	47	—	94	263

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose lépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tub pendant	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Crépy			109	169			35	36		
Grandvilliers			97	139			20	18		
Orne	230	156	318	555	10	40	77	119	10	4
Alençon	22	123	209	211	10	35	49	37	10	4
Argentan	1	33	109	268		5	28	64	0	
Flers et l'Aigle				+76				+18		
Pas-de-Calais	208	840	1.370	1.737	63	167	161	289		21
Arras		86	122	246		27	17	29		2
Boulogne-sur-Mer.		269	405	420		57	35	65		5
Calais	167	364	549	557	58	60	60	123	59	10
Saint-Omer	41	121	189	301	5	23	26	37	5	2
Béthune			105	204			23	35		
Puy-de-Dôme	1.249	1.485	1.701	1.888	332	375	380	442	523	69
Clermont-Ferrand	683	759	855	977	198	195	196	203	362	36
Issoire	113	138	156	183	11	29	19	26	17	3
Riom	355	376	398	296	93	93	98	101	163	19
Thiers	98	212	214	248	30	78	39	41	39	9
Saint-Eloy-les-Mines			56	128			25	45		
Pyrénées (Basses)	510	494	883	1.335	21	14	306	850	21	3
Bayonne	51	494	225	367	21	14	35	80	21	3
Orthez			74	81			49	24		
Pau			584	741			222	182		
Biarritz				100				31		
Pyrénées (Hautes)	140	331	583	553	69	115	91	78	10	16
Tarbes	121	97	116	98	54	16	31	24	55	5
Bagnères-de-Bigorre.	19	62	124	151	15	38	20	17	15	5
Lourdes		139	231	259		54	30	31		5
Vic-en-Bigorre		33	37	45		7		6		
Lannemezan			75				10			
Rhin (Bas) (Strasbourg) ...		19	169	232		15	52	52		1
Rhin (Haut)	457	556	975	1.077	159	155	157	223	248	33
Belfort	430	499	864	1.077	147	312	125	223	244	30
Morvillars	27	57	111	—	12	23	32	—	12	3
Rhône	1.175	1.894	3.465	6.590	350	684	955	1.815	774	1.17
Lyon (Brotteaux)	215	361	508	625	68	88	135	136	208	20
— (Charmettes)	215	280	399	396	103	80	83	72	204	18
— (Croix-Rousse)	228	219	411	531	76	78	117	181	193	18
— (Gambetta)	457	609	719	767	103	128	167	177	283	29
— (Courmont)		127	651	1.121		110	172	202		11
— (Saint-Vincent)		298	522	652		200	147	150		20
— (2 ^e arrondiss.)			255	422			134	176		
Givors				176				44		
Oullins				512				232		
Dispensaire rural				875				396		
Villefranche				513				149		
Saône (Haute)	21	130	386	564	8	51	132	109		5
Vesoul	21	125	223	270	8	47	51	60	8	5

Lieux suivis année		Tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans diverses institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les Infirmiers Visiteuses d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
9	10	15	11	12	14	13	14 1/2	16	17	18	19	20
44	72		9	2	18	2	10	38	22	205	78	219
34	42		10	0	4	2	8	53	54	—	132	241
118	201	25	4	10	64	33	33	123	176	661	1.035	1.370
88	87	24	37	9	34	12	11	102	111	541	676	630
30	87	1	11	1	30	21	12	21	48	120	359	624
	27				0	0	10		17	—		113
301	502	22	4	57	86	137	175	485	789	3.320	4.187	5.353
31	48	7	3	13	11	37	24	89	81	236	310	324
82	126	4	5	11	11	28	35	133	70	1.704	2.056	2.368
118	194	7	24	11	38	23	81	140	456	973	797	1.028
46	78	4	9	16	16	10	12	51	40	407	551	858
24	56		8	6	10	19	25	72	131	—	473	778
876	958	109	15	80	163	79	132	580	797	4.047	3.971	3.697
445	445	63	74	21	75	17	78	425	505	1.661	1.381	774
54	66	10	9	7	15	13	14	42	48	708	622	701
227	209	11	41	30	34	7	10	63	102	923	845	678
106	115	25	23	20	28	34	13	39	61	755	879	998
41	92		5	2	9	2	13	18	51	—	237	796
449	675	4	10	30	150	47	113	275	478	122	3.182	6.069
59	122	4	19	12	52	13	24	48	124	122	858	927
62	64		21	4	8	3	14	36	66	—	233	550
328	413		66	14	76	22	64	191	258	—	2.091	4.068
	34				12	9	6		22	—		406
237	246	4		0	10	0	67	285	323	1.614	4.028	3.949
73	65	1	0	0	0	0	30	233	262	225	821	1.102
69	78	0	0	0	6	0	24	46	28	495	1.934	1.295
77	89	3	2	0	1	0	10	67	30	672	1.498	1.153
8	14	0	0	0	3	0	3	6	2	222	347	399
10		0	0	0	0	0		6			728	
66	108	0	21	20	11	9	36	31	120	1.189	1.829	
425	551	26	40	14	22	1	77	336	63	2.072	1.568	692
364	551	18	29	11	22		77	307	63	1.053	977	692
61		8	11	3	1			29		1.019	591	—
039	3.826	229	50	210	1.005	450	348	1.495	2.251	11.001	18.062	25.859
308	414	28	41	9	70	7	51	330	275	3.002	4.742	4.767
211	196	32	50	14	56	20	15	114	135	1.989	2.157	2.070
325	450	46	113	28	156	24	17	156	201	1.335	1.850	1.432
371	428	64	71	22	101	47	28	209	213	3.028	3.505	3.636
327	441	4	92	77	154	160	52	249	289	150	2.183	2.587
342	384	55	107	48	107	68	40	301	309	1.497	2.549	2.779
152	208		32	12	59	33	18	138	143		1.076	2.552
	119				28	13	8		19			1.084
	307				87	34	24		163			934
	576				103	34	45		329			2.474
	303				84	10	50		172			1.574
196	290	0	1	3	10	14	52	166	112	533	1.119	805
107	152	0	6	2	3	1	16	58	24	530	694	39

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose lépistés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tuberculose pendant l'année	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	3 1.2	4	5	6	6 1.2	7	8
Lure		5	71	133		4	46	33		
Gray			92	161			35	16		
Saône-et-Loire	380	1.293	2.464	3.119	137	219	389	483		4
Mâcon	22	263	549	747	134	95	134	123	1	
Châlons-sur-Saône	388	855	1.375	1.496	136	184	179	222	143	2
Montceau-les-Mines		165	540	698		40	76	77		
Louhans				178				63		
Sarthe	97	508	1.226	1.471	68	190	281	265		2
Le Mans (Hôpital)	97	302	665	750	68	118	150	148	68	1
Croix-Rouge		206	435	522		72	86	81		
La Flèche			78	63			22	4		
La Ferté et Sillé				136				32		
Savoie	78	157	733	1.085	51	40	254	233	51	
Albertville	78	157	218	298	51	40	47	50	51	
Chambéry			208	242			97	54		
Saint-Jean-de-Maurienne			162	189			44	25		
Moutiers et Modane			92	208			60	52		
Aix-les-Bains			53	148			27	43		
Haute-Savoie		26	101	204		4	27	45		
Annecy		26	101			4	27			
Seine (1)	9.254	8.885	10.347	10.235	1.582	1.484	1.166	1.156	3.747	3.8
Paris (La Glacière)	1.793	1.449	1.653	2.081	250	274	208	176	326	6
— (Peupliers)	891	896	765	1.458	163	143	147	182	302	3
— (Saint-Joseph)	836	537	554	442	161	151	144	112	397	3
— (Combat)	2.034	1.795	2.337	2.222	343	315	261	307	1.004	8
— (Rockefeller)	2.039	2.295	2.534	2.780	282	307	286	353	648	1.0
— (Charonne)	1.899	1.468		2.938	297	198		636	841	5
— (Malakoff)	262	445	813	828	86	96	119	78	102	1
47 autres dispensaires (1)				60.686				14.315		
Seine-et-Marne	29	256	593	842	14	95	148	212	14	10
Melun		95	195	221		22	54	47		
Coulommiers	29	93	180	249		31	51	51	14	
Provins		68	125	169		39	15	42		
Montereau			84	71			35	15		
Somme	269	348	982	1.255	61	55	116	221	59	10
Amiens	269	348	803	344	61	55	81	119	99	10
Abbeville			77	144			19	45		
Doullens			41	78			7	18		
Péronne			55	154			226	28		
Var	62	368	776	1.330	34	148	226	279	34	10
Hyères		39	69	160		25	15	21		
Toulon	62	329	609	976	34	123	175	206	34	10
La Seyne			98	194			36	52		
Vaucluse	613	845	1.760	2.406	122	226	347	379	225	37
Avignon	571	613	1.002	1.165	114	151	169	168	212	29
Apt		24	72	109		6	11	8		
Carpentras	11	63	262	434	5	29	68	57	5	

(1) Le rendement de ces 47 dispensaires de Paris et de la Seine, pour l'année 1924, est exposé au tableau n° 16 ter, page 403.

1920												1921												1922												1923												1924																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
9												10												11												12												13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
52	82	0	5	6	15	8	28	65	62	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26	3	323	456	37	56	2	1	1	5	8	43	26

Dispensaires Antituberculeux fonctionnant dans les Départements et Villes	Nombre de Consultants suivis pendant l'année				Nouveaux cas de Tuberculose déposés et diagnostiqués pendant l'année				Total de Tube pendant	
	1921	1922	1923	1924	1921	1922	1923	1924	1921	1922
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orange.	28	145	364	426	3	40	69	61	6	4
3 autres dispensaires.				302				85		
Vienne (Poitiers).....	323	441	600	628	83	67	115	116		11
Haute-Vienne.	1.774	1.775	1.883	2.067	442	353	208	205	555	73
Limoges.	576	685	726	788	146	131	80	85	232	25
Bellac.	23	75	141	216	9	23	20	36	9	3
Coussac Bonneval.	48	104	81	79	11	10	2	16		2
Eymoutiers.....	158	145	126	129	51	27	7	14	53	6
Magnac Laval.		23	51	50		8	12	8		
Rochechouart.	58	113	113	147	39	34	16	10	39	6
Saint-Junien.	292	400	191	415	125	69	22	4	156	18
Saint-Léonard.	34	122	140	138	18	41	38	18	11	5
Saint-Yrieix.	181	108	75	85	42	10	7	14	57	4
Vosges.		841	1.884	2.887		631	726	772		63
Epinal.		195	444	758		154	206	233		154
Mirécourt.		33	125	167		25	60	45		25
Neufchâteau.		110	199	286		92	66	69		92
Raon l'Etape.		9	140	188		8	72	48		8
Remiremont.		264	544	830		188	182	220		188
Saint-Dié.		250	196	668		164	140	156		164

Cultures suivies l'année		Tuberculeux pulmonaires avec crachats bacillifères restant inscrits au 1 ^{er} janvier 1925	Nombre de Tuberculeux placés dans les Hôpitaux, Sanatoria, etc., en			Non-Tuberculeux placés dans diverses institutions en		Laboratoire Examens de crachats faits en		Visites à domicile faites par les infirmières Visiteuses d'Hygiène		
1923	1924		1922	1923	1924	1923	1924	1923	1924	1922	1923	1924
9	10	15	11	12	14	13	14 1/2	16	17	18	19	20
118	140	18	35	7	36	35	10	48	38	618	1.293	1.093
	101				25	30	15		111			1.368
237	248	41	82	46	62	24	21	114	83	535	1.721	1.559
802	823	107	11	40	82	49	133	483	546	5.424	4.902	4.165
284	266	33	40	13	18	26	53	207	207	1.443	1.385	1.132
49	82	3	11	7	24	9	15	48	76	510	330	706
20	32	4	0	0	6	0	4	14	12	193	126	77
64	66	15	9	5	7	0	15	28	38	612	579	191
23	21	1	5	1	7	0		10	27	76	120	123
83	72	10	17	2	7	3	(	41	51	235	299	349
168	157	21	14	4	12	8	13	61	59	1.355	1.402	1.331
76	77	13	11	7	4	3	19	57	57	439	471	162
31	41		4	0	3	0	8	14	18	559	219	88
1.328	1.976	89	18	2	265	8	140	571	845	909	1.537	1.083
345	550	15	51	0	66	0	45	137	241	195	73	181
90	131	1	8	0	12	0	6	49	55	12	442	467
149	190	13	13	0	26	2	8	41	88	64	185	202
85	125	0	20	0	21	1	5	47	44	0	56	57
355	537	24	45	1	80	0	53	211	280	452	726	707
304	442	36	44	1	60	5	23	90	137	186	55	269

Tableau n° 16 bis

ANNÉE 1924 FINISTÈRE Dispensaires du Service Rural	Consultants suivis	Nouveaux Tuberculeux diagnostiqués	Tuberculeux suivis	Placements Tuberculeux	Placements non Tuberculeux	Visites à domicile	Laboratoires pestifs
Plouescat-Berven ...	90	27	29	1	1	»	5
Huelgoat	322	68	83	7	29	727	36
Plougastel	370	55	132	4	16	»	48
Kerlouan	21	1	13	1	»	»	»
Audierne	419	87	203	24	5	1.597	37
Bannalec	238	30	71	7	5	55	11
Guilvinec	359	63	131	17	4	308	30
Plogastel-St-Germ. .	162	18	50	4	2	»	5
Trégunc	183	26	70	5	1	»	7
La-Forest-Fouesnant.	105	13	41	4	2	»	0
Pleyber-Christ	57	3	20	»	2	»	8
Plougasnou	78	6	18	2	1	»	7
St-Thégonnec	38	5	11	2	»	»	9
Taulé	86	2	20	1	3	»	17
Sizun	28	3	10	1	»	»	1
Lannilis	82	17	36	»	4	182	7
St-Renan	223	64	66	6	1	253	21
Daoulas	176	26	76	6	6	»	20
Argol	93	11	30	1	2	19	»
Camaret	87	11	39	2	1	»	5
Pleyben	437	56	160	22	12	544	19
Lambézellec	329	82	151	12	14	1.190	36
Rosporden	347	41	112	17	10	808	12

Tableau n° 16 *ter*

ANNÉE 1924 PARIS SEINE (banlieue)	Consultants suivis	Nouveaux Tuberculeux diagnostiqués	Tuberculeux suivis	Placements Tuberculeux	Placements non Tuberculeux	Visites à domicile	Laboratoires positifs
1 ^{er} Arrondissement	638	108	204	79	23	1.236	47
2 ^e Arrondissement	803	151	277	109	41	1.587	72
3 ^e Saintonge	1.807	380	1.060	315	23	4.960	307
4 ^e Jouy	1.746	401	948	210	92	4.255	182
5 ^e Monge	2.856	533	1.805	180	39	5.964	190
6 ^e St-André	1.640	297	838	167	49	3.452	232
7 ^e Léon-Bourgeois	1.428	176	378	163	52	1.732	121
9 ^e Dunkerque	803	156	344	67	12	2.976	57
10 ^e Bichat	1.661	312	807	253	85	3.092	177
11 ^e Omer-Talon	2.803	463	1.218	178	58	4.378	270
12 ^e Lachambé	2.488	449	1.304	239	49	4.965	222
13 ^e Calmette	2.081	476	647	151	84	4.966	269
13 ^e Edith-Warthon	2.667	276	801	129	90	3.016	161
14 ^e Bezout	701	148	337	122	44	1.942	59
14 ^e Guilleminot	1.821	377	881	174	36	5.179	233
14 ^e St-Joseph	442	112	282	54	29	942	81
15 ^e Tiphaine	3.231	388	1.370	231	93	5.228	322
15 ^e Vasco-de-Gama	2.409	515	1.841	381	154	3.259	242
13 ^e Franco-Britann	1.458	182	421	84	103	2.174	127
16 ^e Passy	856	331	460	100	26	3.667	74
17 ^e Lalance-Séailles	2.182	398	1.064	129	34	4.413	301
18 ^e Marcadet	2.314	509	1.466	781	139	8.083	253
18 ^e Simplon	1.038	215	568	98	40	2.174	94
18 ^e Lamarck	672	130	298	61	32	1.600	26
19 ^e Combat	2.222	307	938	168	95	3.940	142
19 ^e Rockefeller	2.780	353	1.411	204	67	11.495	269
20 ^e Lemaître	2.856	721	1.718	153	4	5.534	231
20 ^e Pyrénées	1.430	250	666	102	24	3.464	191
20 ^e Gambetta	1.445	406	924	124	22	4.458	139
20 ^e Charonne	2.938	636	1.096	323	324	1.938	40
Puteaux	1.949	472	1.011	117	35	2.577	166
Saint-Denis	2.628	596	1.212	125	19	3.461	226
Suresnes	987	178	455	68	14	1.949	140
Clichy	386	114	261	41	2	1.636	22
Malakoff	828	78	200	59	28	2.702	85
Ivry	659	164	366	32	8	1.435	21
Charenton	1.425	393	747	67	38	2.448	167
Vanves	430	63	63	11	2	455	10
Bourg-la-Reine	525	83	233	36	13	1.010	24
Choisy	748	187	336	51	18	788	106
Vincennes	2.346	575	1.278	287	37	2.570	185
Boulogne	2.290	330	1.085	145	37	5.285	171
Montreuil	1.104	482	593	149	32	2.630	89
Montrouge	856	183	274	44	3	286	90
Gennevilliers	1.211	181	469	214	85	3.191	79
St-Ouen	2.249	427	1.247	165	45	6.735	180
Asnières	1.312	198	495	90	10	1.355	100
La-Garenne-Col.	1.466	242	527	49	8	2.268	67
Levallois-Perret	1.432	270	629	146	76	5.265	77
Neuilly-sur-Seine	1.026	199	579	145	5	2.630	98
Pantin	2.463	595	1.286	166	18	4.798	398
Champigny	997	246	641	78	15	3.890	114
Issy	899	41	229	46	9	1.620	0

CHAPITRE XIII



ÉTUDE DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX NÉCESSAIRE DANS CHAQUE DÉPARTEMENT DE FRANCE ET TABLEAU COMPARATIF DU RENDEMENT DES DISPENSAIRES

Comment déterminer les éléments d'un programme antituberculeux ?

Combien faut-il envisager de dispensaires, de lits de sanatoriums, de lits d'hôpital, dans un département donné? Combien existe-t-il de tuberculeux vivants dans une région donnée? Dès le début, nous avons essayé de répondre à ces questions.

Nous ne visions naturellement, que les moyens directs de combat, c'est-à-dire que nous cherchions, d'abord à connaître les foyers d'infection, partant, les tuberculeux, pour arrêter, grâce aux soins voulus, l'évolution de la maladie, pour exercer une surveillance prophylactique qui enraierait la propagation de la contagion et préserverait les enfants.

Pour la préparation d'un *programme théorique* appliqué à chaque département, nous nous inspirions des efforts réalisés en Amérique et en Angleterre, et qui avaient permis de réduire la mortalité par tuberculose de 50 à 60 % en 25 ans, alors qu'en France elle diminuait à peine de 10 %.

Nous avons pris comme normale la population de 1911 et les chiffres officiels de mortalité par tuberculose en 1913 afin de ne pas se baser sur les variations dues à la guerre. Il est naturellement impossible d'accepter sans réserve, en

France, les statistiques de la mortalité par tuberculose, puisqu'il n'y a pas de déclaration obligatoire de la maladie pendant le vivant du tuberculeux et même après son décès. Un certificat médical de la cause du décès n'est pas exigé partout ; et ces certificats, pour éviter d'employer le mot « tuberculose », mentionnent parfois des cas qu'il est difficile de rattacher à cette maladie, si ingénieux soit l'inspecteur d'hygiène ou le statisticien qui s'y emploie. Mais, s'il y a une erreur certaine, cette erreur est une sous-estimation plutôt qu'une exagération et, au début, pour l'élaboration de notre programme, cela nous semble préférable. Que le nombre de morts par tuberculose, soit en France ou dans un département donné, le double des chiffres officiels, c'est une question d'opinion personnelle plutôt qu'un fait certain. Landouzy et Brouardel n'estimaient-ils pas que les tables officielles de mortalité par tuberculose, publiées en France, représentent la moitié des morts réelles, causées par cette maladie ?

Notre propre expérience et l'impression qui se dégage de notre long travail et des conversations que nous eûmes avec de nombreux médecins en province, lesquels nous affirmaient que la tuberculose tuait au moins la moitié de leurs malades, nous permettent de nous ranger à l'opinion de ces maîtres.

Les statistiques prochaines décèleront certainement une augmentation temporaire de la mortalité par tuberculose, amenée par le fait que l'armement antituberculeux dépistera au début un nombre plus considérable de malades inconnus, et précisera mieux les décès dus à cette maladie.

Pour nos propres besoins, nous n'hésiterons pas à doubler le chiffre officiel des décès par tuberculose dans une ville ou dans un département, croyant ainsi nous rapprocher de la vérité.

COMMENT CONNAÎTRE LE NOMBRE DE TUBERCULEUX VIVANTS ?
En Angleterre, pour connaître le nombre probable de tuberculeux vivants, ayant une lésion évolutive active, il est d'usage de multiplier par 3 le nombre des décès par tuberculose.

En Amérique, une expérience pour déterminer la fréquence,

non seulement de la tuberculose, mais de bien d'autres maladies dans une région donnée, fut poussée intensivement comme cela n'avait jamais été fait nulle part dans le monde, et donna des résultats plus exacts. Donald B. Armstrong qui poursuivait cette démonstration, à Framingham, petite ville semi-industrielle de 16.000 habitants, dans l'Etat de Massachussets, pense qu'en se basant sur les examens médicaux de la population qui y ont été faits, le rapport du nombre total des cas de tuberculose (y compris les cas qui ont été apparemment guéris ou arrêtés) au nombre de morts par cette maladie, est de **21 contre 1**. Le rapport du nombre total des tuberculeux en évolution active au nombre de décès par tuberculose, est de **9 contre 1**.

L'Associtaion Nationale de la Tuberculose aux Etats-Unis, sous les auspices de laquelle l'expérience de Framingham fut poursuivie, prend le chiffre **10** comme rapport des cas vivants, en évolution, au chiffre des décès. D'autre part, Biggs qui a dirigé le Bureau de Santé de la Ville de New-York, pendant de nombreuses années, a évalué le nombre de tuberculeux vivants, en multipliant par **5** le nombre de décès. Il est évident que ces calculs sont assez approximatifs, mais n'importe quelle méthode employée pour estimer le nombre total d'individus tuberculeux dans une région et à une certaine date donnée, sera nécessairement inexacte et pêchera plutôt par insuffisance que par excès.

Pour nos besoins, nous nous en sommes tenus aux chiffres sus-énoncés. Le taux de **5** fois le nombre des décès, fut adopté pour déterminer le nombre minimum de tuberculeux vivants.

Ainsi le Docteur Garvin, de la Croix-Rouge Américaine, et certains d'entre nous qui nous occupons d'organisation départementale, avons établi pour chaque département et pour chaque arrondissement dans le département, une fiche dont le modèle est donné ci-contre (1), et qui nous indiquait ce que né-

(1) Trois de ces fiches sont reproduites pages 414, 415 et 416.

cessitait l'établissement d'un *programme minimum complet théorique*, pour le contrôle de la tuberculose dans le département ou dans l'arrondissement envisagé. Les pourcentages pris sur le nombre de tuberculeux vivants afin de fixer le nombre de lits d'institutions, nécessaires, étaient inspirés par des statistiques américaines et par la longue expérience que les membres du Bureau de la Tuberculose, de la Croix-Rouge Américaine, et ceux de la Mission Rockefeller, avaient acquise aux Etats-Unis. Les bases sur lesquelles nous édifions un programme départemental complet, furent donc les suivantes :

Dans une région donnée :

Nombre de lits d'*hôpitaux*, nécessaires : **15** % des cas vivants.

Nombre de lits de *sanatoriums*, nécessaires : **10** % des cas vivants.

Nombre de places dans les *cures d'air-externats* : **1** % des cas vivants.

Nombre de lits dans les *préventoriums* : **2** % des cas vivants.

Nombre de places dans les *écoles de plein air* : **4** % des cas vivants.

Pour le nombre de *dispensaires* : **1** dispensaire dans chaque ville de 5.000 à 25.000 habitants ; **2** dispensaires dans les villes de 25.000 à 100.000 habitants et **1** dispensaire **extra**, pour chaque portion supplémentaire de 100.000 habitants.

Les places dans les cures d'air et écoles de plein air, avaient naturellement moins le caractère d'urgence que les places dans les hôpitaux, les sanatoriums et les préventoriums.

Aux Etats-Unis, le nombre de lits nécessaires pour hospitaliser les malades à lésions avancées, est estimé d'après la mortalité : un lit d'hôpital étant considéré comme le minimum pour chaque mort annuelle de tuberculose. La loi de l'Etat de

(1) Ces *cures d'air de jour* sont des préventoriums ou des sanatoriums-externats pour les malades et les suspects. (Voir explication, page 196.)

New-York oblige chaque « comté » de l'Etat, correspondant en surface de territoire, à peu près à un département français, à avoir un hôpital spécial pour tuberculeux, avec un nombre de lits, égal à la moyenne du nombre des décès dans la région, pendant les cinq dernières années. L'expérience nous a démontré qu'un quart de ce chiffre était nécessaire pour une organisation de début et que, même en considérant le nombre de lits à 15 % des cas vivants, cela était largement suffisant pour un programme complet.

Quant aux lits de sanatorium, on peut évaluer à 10 % des cas vivants ou la moitié du nombre actuel de décès, c'est-à-dire 1 lit pour 2 décès par tuberculose.

Le préfet, ou le président du Comité départemental, pourrait demander à chaque praticien le nombre de tuberculeux de sa clientèle, ayant besoin d'une cure sanatoriale et prêts à se faire soigner, au sanatorium.

Nous n'avons cependant pas la prétention d'avoir tout prévu et surtout, d'avoir pu mettre en œuvre entièrement ce programme théorique complet d'institutions. Mais pour atteindre des possibilités, dès le début, nos efforts et ceux des comités départementaux travaillant avec nous, tendaient à réaliser un quart environ du programme que nous avons soumis. De cette manière, *une liste complète de l'armement antituberculeux nécessaire dans chaque département de France, fut compulsée; nous en donnons ci-dessous une copie* (1). C'est la première fois qu'une vue d'ensemble du problème antituberculeux a pu être examinée en France, à la fois théoriquement et pratiquement. Sans aucun doute ce programme est loin d'être parfait; mais à l'époque où il a été établi, et vu la nécessité dans laquelle nous nous trouvions de l'exécuter rapidement, il est intéressant comme exemple d'organisation dans un pays à peine préparé. De plus, il avait été étudié pour amorcer une organisation plus complète. Il donnera aussi une idée approxi-

(1) Voir le tableau général n° 17, page 419.

mative de l'armement antituberculeux nécessaire à l'ensemble de la France.

Trois exemples : 1° Fiche établie pour un département très tuberculeux : *Les Côtes-du-Nord*.

2° Fiche établie pour un département moyennement tuberculeux : *L'Eure-et-Loir*.

3° Fiche établie pour *l'ensemble de la France*.

MODÈLE DE FICHES D'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX NÉCESSAIRE

Fiche I. — Département des Côtes-du-Nord (très tuberculeux)

Programme antituberculeux

Département : *Côtes-du-Nord*.

Population (1911) : 605.523. — Total des décès (1913) : 12.314. — Décès par tuberculose sous toutes ses formes (1913) : 1815. — Cas vivants (a) : 9.075. — Taux de la mortalité générale par 1.000 : 20,3. — Taux des décès par tuberculose pour 1.000 habitants : 3,0.

(En France, en 1913, le taux des décès par toutes causes, pour 1.000 habitants, était de 17,7. La mortalité par tuberculose sous toutes ses formes, par 1.000 habitants était de 2,13.)

INDICATIONS NÉCESSAIRES

Pour un contrôle complet théorique de la tuberculose :

Unité	% des cas vivants pris comme base	Nombre nécessaire
Lits d'hôpital	15 %	1.361
Lits de sanatoriums	10 %	908
Cure d'air de jour	1 %	91
Lits de préventoriums	2 %	181
Places dans écoles en plein air	4 %	363
Dispensaires	(b)	13

Programme recommandé (c) :

Unité	% des cas vivants pris comme base	Nombre nécessaire	Remar- ques
Lits d'hôpital	4	363	
Lits de sanatoriums	3.5	318	
Places dans cures d'air, externats (d) (1)	1.	91	
Lits de préventoriums	2.	181	
Places dans écoles en plein air	1.0	181	
Dispensaires	(b)	13	

**Fiche 2. — Département d'Eure-et-Loir
(moyennement tuberculeux)**

Programme antituberculeux

Département : *Eure-et-Loir*.

Population (1911) : 272.255. Total des décès (1913) : 5.127. — Décès par tuberculose sous toutes ses formes (1913) : 440. — Cas vivants (a) : 2.200. — Taux général des décès par 1.000 habitants : 18,8. — Taux des décès par tuberculose par 1.000 habitants : 1,62.

(En France, en 1913, le taux des décès, toutes causes, pour 1.000 habitants était de 17,7. La mortalité par tuberculose sous toutes ses formes, pour 1.000 habitants était de 2,13.)

INDICATIONS NÉCESSAIRES

Pour un contrôle complet théorique de la tuberculose :

Unité	% des cas vivants pris comme base	Nombre nécessaire
Lits d'hôpitaux	15 %	330
Lits de sanatoriums	10 %	220
Cure d'air de jour	1 %	22
Lits de préventoriums	2 %	44
Places dans écoles en plein air	4 %	88
Dispensaires	(b)	8

Programme recommandé (c) :

Unité	% des cas vivants pris comme base	Nombre nécessaire	Remar- ques
Lits d'hôpitaux	4	88	
Lits de sanatoriums	3.5	77	
Places dans cures d'air, externats (d) (1)	1	22	
Lits de préventoriuns	2	44	
Places pour écoles de plein air	1	22	
Dispensaires	(b)	8	

Fiche 3. — L'ensemble de la France**Programme antituberculeux**Nation : *France*.

Population (1911) : 39.563.385. — Total des décès (1913) : 702.746. — Décès par tuberculose sous toutes ses formes (1913) : 84.443. — Cas vivants (a) : 422.215. — Taux de la mortalité générale, pour 1.000 habitants : 17,7. — Taux des décès par tuberculose, par 1.000 habitants : 2,13.

INDICATIONS NÉCESSAIRES

Pour un contrôle complet théorique de la tuberculose :

Unité	% des cas vivants pris comme base	Nombre nécessaire
Lits d'hôpitaux	15 %	63.331
Lits de sanatoriums	10 %	42.221
Cure d'air de jour	1 %	4.222
Lits de préventoriuns	2 %	8.444
Places pour écoles en plein air	4 %	16.888
Dispensaires	(b)	825

Programme recommandé (c) :

Unité	% des cas vivants pris comme base	Nombre nécessaire	Remar- ques
Lits d'hôpitaux	4	16.888	
Lits de sanatoriums	3.5	14.778	
Cure d'air externat (d) (1)	1	4.222	

Lits de préventoriuns	2	8.444
Places pour écoles en plein air.	1	4.222
Dispensaires	(b)	825

(a) L'estimation des cas vivants est obtenue en prenant comme base 5 cas vivants pour chaque mort par tuberculose.

(b) 1 dispensaire pour les villes de 5.000 à 25.000 habitants; 2 dispensaires dans les villes de 25.000-100.000 et 1 en plus, par chaque 100.000 habitants.

(c) Le programme recommandé est approximativement un quart du programme théorique, pour les hôpitaux, sanatoriums et écoles.

(d) Moins urgent que les hôpitaux et les sanatoriums.

(1) Voir explication, page 186.

S'il est désirable d'atteindre au point de vue financier la réalisation d'un tel programme théorique, la question présente encore d'autres côtés.

En Angleterre et en Amérique, l'attaque directe contre la propagation de la tuberculose a fait diminuer ses ravages rapidement; mais après cette première période de contrôle de la contagion, il devient indispensable, si l'on veut de nouveaux progrès, d'améliorer les « standards » sociaux et économiques de ceux que le mal a atteints. La marche en avant est à ce prix.

Cela prouve également, une fois de plus, que la lutte anti-tuberculeuse n'est qu'un aspect du problème de la santé publique et de l'hygiène générale. Mais parmi les moyens à utiliser pour améliorer la santé publique, elle doit prendre le premier rang, la place de faveur et de priorité.



Tableau général n° 17

ÉTUDE COMPARATIVE
du
Rendement des Dispensaires Antituberculeux
au 1^{er} janvier 1924
et de
l'Armement Antituberculeux nécessaire
dans les
DÉPARTEMENTS & ARRONDISSEMENTS DE FRANCE

STATISTIQUES des DÉCÈS par TUBERCULOSE

en 1913 en 1919 et en 1922 par Départements et Arrondissements

*Estimation du nombre de Tuberculeux vivants à dépister
dans chaque arrondissement de France*

NOTE EXPLICATIVE

1^o Les 12 départements suivants n'ont pas de dispensaire ni d'organisation antituberculeuse, au 1^{er} janvier 1924, et par conséquent *aucun rendement* : AIN — BASSES-ALPES — ARDÈCHE — CANTAL — CORRÈZE — CREUSE — GERS — LANDES — LOT-ET-GARONNE — LOZÈRE — VENDÉE — YONNE.

2^o Les 13 départements suivants n'ont pas fourni de rapports sur le fonctionnement de leurs dispensaires et sont marqués (—) dans le tableau : ALLIER — ARIÈGE — CHER — DORDOGNE — DOUBS — INDRE — HAUTE-LOIRE — PYRÉNÉES-ORIENTALES — SEINE-INFÉRIEURE — SEINE-ET-OISE — DEUX-SÈVRES — TARN — TARN-ET-GARONNE.

3^o Les statistiques de décès sont officielles pour 1913 et pour 1919, établies d'après le Ministère du Travail et de l'Hygiène (Recueil de la Commission Permanente de Préservation contre la Tuberculose). Les chiffres de décès en 1922 sont établis d'après les renseignements obtenus personnellement, ainsi que par M. Moine, statisticien de la Mission Rockefeller et du Comité National.

4^o Le rendement des dispensaires, exposé à la colonne II de ce tableau, a été établi d'après le nombre de tuberculeux, toutes formes, dépistés et suivis, au 1^{er} janvier 1924. Pour juger l'augmentation du rendement depuis cette date, il faut comparer les chiffres dans la colonne II de ce tableau, avec les chiffres dans la colonne 10, du tableau n° 16, page 387, qui indiquent le nombre total de tuberculeux, toutes formes, suivis au 1^{er} janvier 1925.

La Mortalité Générale et la Mortalité par Tuberculose, le Rendement des Organisations Départementales

Tableau (continué) : 1. La mortalité générale et la mortalité par tuberculose toutes formes en 1913 et en 1919, et autres pour l'année 1919 ;

2° Étude analytique et comparative du *rendement des organisations antituberculeuses* départementales (colonne 10), et le nombre théorique de tuberculoses ; le nombre théorique est estimé sur la base de 5 cas vivants pour chaque décès.

3° Étude comparative de l'*Armement antituberculeux théorique complet* dans les hôpitaux et les sanatoria n'est que la moitié des chiffres indiqués ci-dessus ; soit 15 % pour les lits spéciaux dans les hôpitaux ; 10 % pour les lits de soins d'Hygiène. (Voir texte page 412).

NOTE : Les chiffres précédés d'une (+) sont incomplets pour la totalité du pays ou du département. Le chiffre officiel de la mortalité par tuberculose en 1919, n'est que la moitié des chiffres indiqués ci-dessus ; soit 18,2 % de la population totale, n'ont pas fourni de données. On pourrait combler approximativement en 1919, et une proportion de 20,7 pour 10.000 habitants.

Pour la France entière, il y eut en 1913, 15.277 décès par "bronchite chronique" et en 1919, 13.841. Si l'on

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
					Mortalité générale		Mortalité par tuberculose toutes formes	
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
France entière	702.746	689.267	84.443	+ 66.522 (78.622) (1)	177,6	176	21,3	20,7
pop. 39.209.766 hab. (1)								
pop. 39.563.385 hab. (mars 1911)								
Ain (315.757 hab.) (1)	6.182	5.709	550	615	180	181	16	19,5
Bourg	2.237	2.179	230		190	202	19,6	
Bellay	1.322	1.187	133		180	174	18,1	
Gex	362	357	23		180	188	12	
Nantua	847	709	80		171	151	16,2	
Trévoux	1.414	1.277	84		174	173	10,3	
Aisne (421.515 hab.)	9.843	7.344	1.005	772*	185	174	18,9	18,3*
Laon	3.063	1.995	301		195	165	19,2	
Château-Thierry	1.038	833	102		187	164	18,4	
Saint-Quentin	2.247	1.678	313		157	171	21,9	
Soissons	1.579	1.314	128		213	213	17,3	
Vervins	1.736	1.521	161		172	168	15,9	
Allier (370.950 hab.)	6.689	6.344	627	+ 721	149	174	15,4	20,0
Montluçon	1.839	1.948	247		138	159	18,5	
Gannat	933	999	72		162	201	12,5	
Lapalisse	1.551	1.609	146		159	176	14,9	
Moulins	1.763	1.788	162		151	169	13,8	
Basses-Alpes (91.882 hab.)	2.019	1.843	144	172*	188	201	13,4	18,7*
Digne	747	683	41		204	228	11,2	
Sisteron	261	271	17		165	187	18	
Forcalquier	491	461	43		185	183	16,2	
Barcelonnette	228	187	20		167	177	14,7	
Castellane	292	241	23		192	209	15,7	
Alpes-Hautes (89.275 hab.)	2.109	1.623	134	170*	208	182	12,8	19,0*
Gap	1.010	859	68		184	175	12,4	
Briançon	559	406	36		209	193	13,5	
Embrun	540	358	30		231	185	12,8	

(1) Les chiffres de population sont d'après le recensement de 1921.

ales et l'Armement Antituberculeux nécessaire dans les Départements et Arrondissements de France

1919 ou 1922 (colonnes 1 à 3 inclus); les chiffres suivis d'une astérisque (*) sont pour l'année 1922, les

taux départementales; proportion (colonne 11), c'est-à-dire les dépistés et suivis par l'orga-
nisation évolution active vivant dans le département et qui doivent être dépistés et surveillés (colonne 9); ce
par tuberculose;

nécessaire dans chaque département et chaque arrondissement le nombre d'unités de lits commandé pour
tous (colonnes 12 à 17 inclus). Cette estimation est basée sur un pourcentage de lits de tuberculeux
de sanatorium; 2 % pour les lits de préventorium; 4 % pour les écoles de plein air; 1 2 % pour les Visi-

6.522 décès par tuberculose en 1919 pour la France entière est incomplet; 6 départements et plusieurs cantons et villes,
des lacunes, en majorant de 18.2 % les décès par tuberculose, ce qui donnerait un total de 78.622 décès par tuberculose

ajoutait ces chiffres aux chiffres de décès par tuberculose, on arrive à 99.720 décès en 1913 et 93.460 décès en 1919.

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1921	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux		Pour- centage	Lits spéciaux dans les hôpitaux 12	Lits dans les Sanatoria 13	Lits dans les Préventoria 14	Places dans les écoles de plein air 15	Dispensaires spécialisés 16			
estimés viv- ant en évo- lution active 1919	dépistés et suivis en 1923							17	18	19
2.215	50.613	11,9 %	63.361	42.221	8.444	16.983	325	519	2.110	573
2.750			412	275	55	110	10	0	14	0
1.150			173	115	23	3				
665			100	67	13	27	2			
111			17	12	2	5	1			
400			60	40	8	16	2			
120			63	42	8	17	2			
5.025	1.361	27,1 %	754	503	100	201	12	6	25	5
1.505			223	151	30	60	3	1		
560			84	56	11	22	2	1		
1.565			235	157	31	63	3	1		
640			96	64	13	26	2	1		
805			121	81	16	32	2	2		
3.135			470	314	63	125	10	2	16	1
1.235			185	124	25	49	3	1		
360			54	36	7	14	2			
730			110	73	15	29	2			
810			122	81	16	32	3	1		
720			108	72	14	29	5	0	3	0
205			31	21	4	8	1			
85			13	9	2	3	1			
215			32	22	4	9	1			
100			15	10	2	4	1			
115			17	12	2	5	1			
670	285	41,4 %	101	67	13	27	4			
310			51	34	7	14	2			
180			21	14	3	7	1			
150			12	8	2	4	1			

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1917 ou 1922 (*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Alpes-Maritimes (357.759 h)	6.391	6.354	834	1.222	179	177	23,4	34,1
Nice	4.037	4.124	570		179	175	25,3	
Puget-Théniers	370	267	40		189	161	20,5	
Grasse	1.984	1.963	224		178	185	20,1	
Ardèche (294.308 hab.).....	5.836	5.231	509	316	175	178	15,3	10,8
Privas	2.054	1.875	173		183	186	15,4	
Tournon	2.247	2.056	157		166	169	11,6	
Largentière.....	1.535	1.300	179		183	181	21,4	
Ardennes (277.811 hab.)..	5.733	4.709	547	380*	179	170	17,1	13,7*
Mézières	1.934	1.570	237		174	152	21,3	
Vouziers	752	609	43		173	173	9,9	
Sedan	1.254	1.020	108		191	184	16,4	
Rocroi	868	812	84		163	176	15,7	
Rethel	925	698	75		206	184	16,7	
Charleville.....	376		71		166		31,3	
Ariège (172.851 hab.).....	3.515	3.141	233	231 *	176	181	11,7	13,4*
Foix.....	1.222	991	75		182	173	11,1	
Saint-Girons	1.114	1.104	87		166	197	13,0	
Pamiers.....	1.179	1.046	71		183	175	11,0	
Aude (287.052 hab.).....	5.049	5.027	413	530*	168	175	13,7	18,4*
Carcassonne.....	1.645	1.735	141		166	182	14,2	
Narbonne	1.666	1.763	156		163	167	15,3	
Limoux	1.035	958	69		180	186	11,9	
Castelnaudary		571				164		
Aube (227.839 hab.).....	4.637	4.223	531	522	192	185	22,1	22,9
Troyes	2.229	2.017	313		201	189	28,3	
Bar-sur-Aube	668	556	69		189	186	21,4	
Bar-sur-Seine	649	582	48		193	199	14,3	
Nogent-sur-Seine	644	630	51		172	174	13,6	
Arcis-sur-Aube.....	507	438	50		190	175	18,7	
Aveyron (532.940 hab.)	6.688	5.996	437	+ 322	181	180	11,8	
Rodez	1.915	1.698	102		183	179	9,8	
Villefranche	1.904	1.669	110		185	175	10,7	
Millau	976	1.035	85		164	197	14,2	
Espalion	1.024	839	72		197	179	13,8	
Saint-Affrique	869	755	68		171	174	13,5	
Bouches-du-Rh. (841.946 h.)	15.741	15.722	2.008	2.635	195	187	24,9	31,4
Marseille	11.888	11.757	1.643		200	187	27,7	
Arles	1.502	1.685	121		160	185	12,9	
Aix	2.351	2.280	244		199	191	20,7	
Calvados (384.730 hab.)	9.133	8.251	922	634	230	215	23,2	16,5
Caen	2.848	2.618	284		248	213	24,8	
Pont-l'Evêque	1.364	1.002	166		226	173	27,5	
Vire	1.298	1.291	147		211	233	24,0	
Lisieux	1.322	1.241	122		230	221	21,2	
Bayeux	1.381	1.237	110		230	262	20,0	
Falaise	920	862	93		218	220	22,0	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existants en 1924	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux		Pour- centage	Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés vi- vant en évo- lution active	dépistés et suivis en 1923	41 *	12	13	14	15	16	17	18	19
4.170	966	23,1 %	626	417	83	167	8	9	21	10
2.850			428	285	57	114	4	5		
200			30	20	4	8	1	1		
1.120			168	112	22	45	3	3		
2.545			382	255	51	102	8	0	12	0
865			130	87	17	35	3			
785			118	79	16	31	3			
895			134	90	18	36	2			
2.735	444	16,1 %	410	274	55	109	10	5	14	4
1.185			178	119	24	47	3			
215			32	22	4	9	1	1		
540			81	54	11	22	2	1		
420			63	42	8	17	2	1		
375			56	38	8	15	2	1		
355			53	36	7	14	1	1		
1.165			175	117	23	46	6	3	6	0
375			56	38	8	15	2	1		
435			65	44	9	17	2	1		
355			53	36	7	14	2	1		
2.065	304	14,7 %	310	207	42	83	8	2	10	4
705			106	71	14	28	2	1		
780			117	78	15	31	2	1		
345			52	35	7	13	2			
2.655	384	14,9 %	388	265	53	106	7	7	13	1
1.565			235	157	31	63	3	1		
345			52	35	7	14	1	1		
240			36	24	5	10	1	2		
255			38	26	5	10	1	2		
250			38	25	5	10	1	1		
2.185	288	13,2 %	328	219	44	87	10	3	11	3
510			77	51	10	20	2	1		
550			83	55	11	22	3	1		
425			64	43	9	17	2	1		
360			54	36	7	14	1			
340			51	34	7	13	2			
10.040	2.175	21,7 %	1.506	1.004	201	402	13	5	50	15
8.215			1.232	822	164	329	6	3		
605			91	61	12	24	4	1		
1.220			183	122	24	49	3	1		
4.610	475	10,3 %	692	461	92	184	12	5	23	7
1.420			213	142	28	57	2	1		
830			125	83	17	33	3	1		
735			110	74	15	29	2			
610			92	61	12	24	2	1		
550			83	55	11	22	2	1		
465			70	47	9	19	2	1		

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Cantal (199.402 hab.)	3.662	2.375	277	265	161	182	12,4	13,4
Mauriac	856	822	77		153	167	13,7	
Aurillac	1.513	1.331	99		171	170	11,3	
Saint-Flour	782	775	60		163	178	14,1	
Murat	452	447	32		142	158	10	
Charente (316.279 hab.)	5 687	5 686	440	445	163	180	12,7	12,5
Angoulême	2.276	2.331	197		156	190	11,1	
Confolens	1.069	892	72		155	155	11,1	
Ruffec	658	671	38		158	178	91	
Barbezieux	707	650	43		164	167	10	
Cognac	1.037	1.142	90		165	193	14,3	
Charente-Inf. (418.310 hab.) .	7 365	7.718	533	722	163	185	11,8	17,3
La Rochelle	1.645	1.595	135		188	190	15,5	
Marais	1.583	1.728	140		158	185	14	
Rochefort	1.039	1.185	87		144	187	12,2	
Jonzac	1.107	1.158	67		164	185	99	
Saint-Jean-d'Angely	1.072	1.111	42		165	185	65	
Marennes	919	940	61		155	170	10,3	
Cher (304.800 hab.)	5 226	5.118	515	526	154	168	15,5	17,3
Bourges	2.458	2.437	247		161	172	16,2	
Saint-Amand	1.593	1.590	167		146	167	15,3	
Sancerre	1.175	1.091	101		154	162	13,2	
Corrèze (273.808 hab.)	4 686	4 469	423	296	151	161	13,7	10,8
Tulle	1.869	1.817	147		142	158	11,1	
Brive	1.845	1.701	169		160	164	14,7	
Ussel	982	891	107		157	161	17,1	
Corse (281.959 hab.)	4 600	4 297	368	+ 108*	158	152	13,3	
Ajaccio	1.146	1.275	103		149	173	13,4	
Calvi	393	346	25		169	159	10,7	
Sartène	631	595	63		132	123	13,2	
Corte	1.012	886	59		174	156	10,1	
Bastia	1.418	1.235	138		168	149	16,3	
Côte-d'Or (321.088 hab.) . . .	5 916	5 835	538	690*	169	182	15,4	21,5*
Dijon	2.768	2.812	318		170	178	19,5	
Châtillon-sur-Seine	631	553	28		180	182	8	
Semur	885	909	62		170	192	12	
Beaune	1.632	1.561	130		163	182	13	
Côte du Nord (557.821 h.) . .	12 314	11 900	1.815	1.462*	203	213	30	26,2*
Saint-Brieuc	3.673	3.578	505		214	215	29,4	
Loudéac	1.580	1.719	180		183	219	20,9	
Lannion	2.020	1.878	398		200	198	39,5	
Guingamp	2.513	2.346	367		218	196	31,8	
Dinan	2.528	2.379	361		194	214	27,7	
Creuse (228.344 hab.)	3.755	3 861	357	317	141	169	13,4	13,9
Guéret	1.373	1.383	160		145	165	16,9	
Boussac	497	541	37			162		
Bourganeuf	576	535	68		140	153	16,5	
Aubusson	1.309	1.402	92		143	183	10	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NECESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux	des cas actifs	Pour- centage	Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés vi- vant en évo- lution active	en 1923	en 1923	42	43	44	45	46	47	48	49
1.385			208	139	28	95	60	6	0	0
385			58	39	7	15	1			
195			74	50	10	30	2			
315			52	35	7	11	2			
160			24	16	3	6	1			
2.200	335	15,2 %	320	220	44	38	8	2	11	2
985			148	99	20	39	3	1		
360			54	36	4	11	1			
190			29	19	4	8	1			
215			32	22	4	9	1			
159			68	45	9	18	2	1		
2.665	53	2 %	400	267	53	197	11	3	13	3
680			102	68	14	27	2	1		
700			105	70	14	28	2	1		
435			65	44	9	17	2	1		
335			50	34	7	13	1			
210			32	21	4	8	2			
305			46	31	6	12	2			
2.575			386	258	52	103	7	2	13	1
1.235			185	124	25	49	3	1		
835			125	84	17	33	2	1		
505			76	51	10	20	2			
2.115			317	212	42	85	7	0	11	0
735			110	74	15	29	3			
815			127	85	17	31	3			
535			80	54	10	21	1			
1.940	126	6,5 %	261	194	38	77	8	4	20	3
515			77	52	10	29	2	1		
125			19	13	3	5	1			
315			47	32	6	13	1	1		
295			44	30	6	12	2	1		
690			104	69	13	27	2	1		
2.690	577	21,4 %	404	269	54	108	7	4	13	4
1.590			239	159	32	61	3	1		
140			21	14	13	6	1	1		
310			47	31	6	12	1	1		
650			98	65	13	26	2	1		
9.075	1.412	15,6 %	1.361	908	181	363	13	10	45	15
2.525			379	253	51	101	3	5		
900			135	90	18	36	2	1		
1.990			299	199	40	79	2	2		
1.835			275	184	37	73	3	1		
1.805			271	181	36	72	3	1		
1.785			268	179	36	71	6	0	9	0
800			120	80	16	32	2			
185			28	19	4	7	1			
340			51	34	7	11	1			
460			69	46	9	19	2			

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DECÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Dordogne (396.742 hab.) . . .	7.535	7 037	574	462	172	177	13,1	11,9
Périgueux	2.037	1.896	193		181	184	17,2	
Ribérac	1.022	1.011	82		168	182	13,5	
Nontron	1.321	1.044	104		166	145	13,1	
Sarlat	1.534	1.389	127		177	183	14,7	
Bergerac	1.621	1.697	68		165	189		
Doubs (285.022 hab.)	5.558	4.986	649	481*	185	173	20,6	16,7*
Besançon	2.043	1.897	266		191	190	24,9	
Pontarlier	1.010	776	86		200	164	17,1	
Baume-les-Dames	998	829	69		198	178	13,7	
Montbéliard	1.507	1.434	198		163	157	21,4	
Drôme (263.509 hab.)	5.250	4.370	492	440	180	184	14,1	16,9
Valence	2.842	2.739	276		178	183	17,3	
Die	865	742	62		176	175	12,6	
Montélimar	1.040	942	72		181	190	12,5	
Nyons	503	427	23		205	262	9,4	
Eure (323.651 hab.)	6.726	6.178	468	+ 101	208	204	15,1	
Evreux	2.242	2.230	206		205	214	18,8	
Pont-Audemer	1.225	993	91		221	196	16,4	
Les Andelys	1.021	957	68		185	185	12,3	
Bernay	1.185	1.029	44		227	215	8,4	
Louviers	1.063	969	79		207	197	15,4	
Eure-et-Loir (251.255 hab.)	5.127	4.642	440	391*	183	185	16,2	16,0*
Chartres	2.104	1.925	205		191	189	18,6	
Dreux	1.178	1.117	92		189	192	14,7	
Nogent-le-Rotrou	800	683	67		229	191	17,1	
Châteaudun	1.045	917	76		172	167	12,5	
Finistère (762.511 hab.)	14.109	13.298	2.348	2.302*	175	161	26,0	30,1*
Quimper	3.162	2.939	472		155	150	23,2	
Brest	4.987	4.038	994		188	166	37,5	
Morlaix	2.548	2.327	425		178	174	29,7	
Châteaulin	2.391	1.925	292		182	156	22,3	
Quimperlé	1.111	1.062	162		165	162	24,1	
Gard (396.169 hab.)	7.550	7.297	668	624*	183	184	16,1	15,7*
Nîmes	3.060	3.049	275		184	187	16,5	
Uzès	1.262	1.266	66		195	215	10,2	
Le Vigan	901	800	72		179	185	14,3	
Alais	2.347	2.182	253		178	166	19,1	
Garonne (144) (121.782 h.)	8.574	8.644	629	582	187	204	14,6	19,2
Toulouse	4.104	4.127	300		216	211	17,8	
Saint-Gaudens	1.887	1.801	102		182	198	9,9	
Villefranche	682	670	39		156	175	8,9	
Muret	1.327	1.246	105		189	203	15	
Gers (194.405 hab.)	4.103	4.960	184	254	184	204	8,6	13,1
Auch	978	979	54		201	230	11,1	
Lombez	521	545	22		179	215	7,5	
Lectoure	652	605	22		192	205	6,5	
Condom	908	942	50		172	175	9,4	
Mirande	1.044	989	46		182	200	8,3	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISTEUSES d'hygiène nécessaires	VISTEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux		Pour- centage	Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés vi- vant en évo- lution active 9°	dépistés et suivis en 1923 10°	41°	12	13	14	15	16	17	18	19
2.870			431	287	57	115	9	1	14	0
965			145	97	19	38	3	1		
410			62	41	8	16	1			
520			78	52	10	20	1			
635			95	64	13	25	2			
340			51	34	7	14	2			
3.095			464	309	62	124	8	4	15	3
1.330			200	133	27	53	3	1		
430			65	43	9	17	2	1		
345			52	35	7	14	1	1		
990			149	99	20	40	2	1		
2.165	371	17,1 %	325	217	43	87	8	3	11	5
1.380			207	138	28	55	3	1		
310			47	31	6	12	2	1		
360			54	36	7	14	2	1		
115			17	12	2	5	1			
2.440	144	5,9 %	366	244	49	98	11	3	12	3
1.030			155	103	21	41	3	1		
455			68	46	9	18	2			
340			51	34	7	14	2			
220			33	22	4	9	2	1		
395			59	40	8	16	2	1		
2.200	751	34,1 %	330	220	44	88	8	22	11	7
1.025			154	103	20	41	2	8		
460			69	46	9	18	2	6		
335			50	34	7	13	2	4		
380			57	38	8	15	2	5		
11.725	5.091	43,5 %	1.759	1.173	234	469	17	21+19	59	29
2.360			354	236	47	94	4	5+6		
4.970			746	497	99	199	5	6+5		
2.125			319	213	42	85	3	6+5		
1.460			219	146	29	58	3	4+5		
810			122	81	16	32	2	2+1		
3.330	710	21,3 %	500	333	67	135	8	5	16	4
1.375			206	138	28	55	3	1		
330			50	33	7	13	1	2		
360			54	36	7	14	1	1		
1.265			190	127	26	51	3	1		
3.145	328	10,4 %	472	315	63	125	7	1	15	2
1.915			287	192	38	77	3	1		
510			77	51	10	20	2			
195			29	20	4	8	1			
525			79	53	11	21	1			
970			146	97	19	39	7	0	4	0
270			41	27	5	10	2			
110			17	11	2	4	1			
110			17	11	2	4	1			
250			38	25	5	10	2			
230			35	23	5	9	1			

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PARTUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Gironde (819.961 hab.)	14.627	15 272	1.530	1.786	169	186	18,5	22,5
Bordeaux	9.033	9.929	1.179		176	187	22,9	
Libourne	1.867	2.055	121		160	189	10,4	
Leparré	630	687	48		144	176	11	
La Réole	804	857	69		168	196	14,4	
Blaye	930	997	59		166	190	10,6	
Bazas	763	747	54		152	166	17,9	
Hérault (488.215 hab.)	8.319	9.051	875	869	182	185	18,2	17,8
Montpellier	3.866	3.967	401		186	187	19,3	
Béziers	3.419	3.530	390		184	187	21,0	
Lodève	902	904	55		182	192	11,1	
Saint-Pons	641	650	29		169	180	7,7	
Ille-et-Vilaine (558.571 h.) . .	11.919	12 629	1 657	1.641*	196	227	27,2	28,0*
Rennes	3.347	3.384	550		198	236	32,5	
Montfort	1.115	1.209	105		190	231	17,8	
Vitré	1.445	1.457	181		199	229	25	
Redon	1.560	1.788	172		178	229	19,5	
Pougères	1.758	1.822	283		196	225	31,6	
Saint-Malo	2.694	2.579	366		204,1	213	27,7	
Indre-et-Loire (327.743 h.) . .	5.832	6.093	565	654	171	186	17,1	20,0
Tours	3.562	3.876	401		176	194	24,8	
Chinon	1.334	1.237	106		173	176	13,7	
Loches	936	980	78		150,1	172	12,6	
Isère (585.522 hab.)	9.830	9.686	923	+ 636	177	184	16,6	17,0
Grenoble	4.150	4.140	437		175	180	18,5	
La Tour du Pin	2.069	1.951	179		178	184	15,4	
Vienne	2.260	2.116	194		172	194	14,8	
Saint-Marcelin	1.357	1.179	113		189	182	15,7	
Indre (260.533 hab.)	4.636	4.133	374	690*	142	161	13,2	26,0*
Châteauroux	1.782	1.827	165		151	166	14	
Issoudun	654	716	56		135	165	11,6	
Le Blanc	845	805	83		145	157	14,2	
La Châtre	815	845	70		129	152	11,1	
Jura (229.062 hab.)	4.772	4.235	335	+ 220	188	187	14,1	12,8
Lons-le-Saunier	1.638	1.595	104		203	213	12,4	
Saint-Claude	833	713	91		164	150	18	
Dôle	1.247	1.121	122		190	188	18,6	
Poligny	994	866	38		188	181	7,2	
Lande (263.957 hab.)	4.210	4.179	318	225	145	158	11	2,53*
Mont-de-Marsan	1.553	1.522	108		148	160	10,3	
Dax	1.489	1.523	139		138	151	13	
Saint-Sever	1.168	1.134	71		154	165	9,4	
Loir-et-Cher (251.528 hab.) . .	4.369	4.629	442	454	160,1	170	16,2	18,0
Blois	2.179	2.318	226		160,5	189	17,1	
Romorantin	937	861	104		116	141	16,2	
Vendôme	1.253	1.260	112		167	185	15	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					MOYENNE de la population en 1924	VISITEURS d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux	avant la découverte	après la découverte	Nombre de Tuberculeux	Nombre de Tuberculeux	Nombre de Tuberculeux	Placés dans les écoles de placement	Dispensaires			
7 650	2 079	36,5 %	1 148	765	152	306	13	12	38	17
5 895			884	580	148	236	6	8		
665			91	61	12	21	2	1		
240			33	24	5	10	2			
345			52	35	7	11	1	1		
295			11	30	6	12	1	1		
270			11	27	11	5	1	1		
4 375	2 660	61 %	656	438	68	175	10	11	22	15
2 085			394	204	40	80	4	5		
1 950			263	195	39	78	3	2		
275			41	28	5	11	2	2		
145			22	15	3	6	1	2		
8 265	981	11,9 %	1 242	829	166	364	13	6	42	12
2 750			113	275	55	110	3	2		
525			79	53	11	24	1			
965			133	94	18	36	2	1		
860			129	86	17	34	2	1		
1 415			212	142	28	57	2	1		
1 830			275	183	37	73	3	1		
2 925	1 624	55,7 %	439	293	58	117	7	9	15	7
2 005			301	201	40	80	3	3		
530			80	53	11	21	2	3		
390			58	39	8	16	2	3		
4 615	433	9,4 %	692	461	92	184	11	6	23	5
2 185			328	219	41	87	4	2		
835			131	90	18	36	3	1		
970			146	97	19	39	3	2		
565			85	57	11	22	1	1		
1 870			281	187	37	75	8	4	9	1
825			124	83	17	33	3	1		
280			42	28	6	11	2	1		
415			62	42	8	16	2	1		
350			53	35	7	14	1	1		
1 775	144	8,1 %	266	177	36	71	8	4	9	3
520			78	52	10	21	2	1		
455			68	46	9	18	2	1		
610			92	61	12	24	2	1		
190			29	19	4	8	2	1		
1 590			239	159	32	64	5	0	8	0
510			81	54	11	22	2			
595			89	60	12	24	2			
355			53	36	7	14	1			
2 210	383	17,3 %	362	221	44	88	7	3	11	3
1 130			170	113	23	45	3	1		
520			78	52	10	21	2	1		
560			84	56	11	22	2	1		

Département ET POPULATION	TUBERCULOSE		ANTITUBERCULOSE		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
	1920	1921	1920	1921	1913	1921	Année 1913	Année 1919 ou 1922
Loire (637.130 hab.)	10.920	11.119	1.247	1.189	170	175	19,5	18,7
Saint-Etienne.....	5.988	6.384	817		173	173	23,6	
Roanne.....	2.678	2.654	258		170	181	16,4	
Montbrison.....	2.254	2.081	172		156	167	12,6	
Loire (Haute) (268.910 hab.)	4.955	4.483	296	+ 316	163	167	9,7	18,9
Le Puy.....	2.434	2.149	141		171	171	9,9	
Brioude.....	1.171	1.147	64			185		
Yssingeaux.....	1.350	1.187	91		117	118	9,9	
Loire-Infér. (649.723 hab.)	11.175	12.338	1.786	+ 635	166	190	26,8	
Nantes.....	5.419	5.955	931		177	191	30,3	
Ancenis.....	640	792	81		136	193	17,2	
Palmarin.....	724	886	89		115	191	17,8	
Châteaubriant.....	1.262	1.398	180		161	199	23	
Saint-Nazaire.....	3.130	3.307	515		157	183	27,4	
Loiret (337.224 hab.)	5.883	5.951	577	552*	161	176	15,8	16,4*
Orléans.....	2.959	3.015	352		170	184	20,2	
Pithiviers.....	818	815	55		118	161	10,0	
Gien.....	878	820	86		158	162	15,5	
Montargis.....	1.228	1.301	84		155	177	10,6	
Lot (176.889 hab.)	4.191	3.838	237	217	203	217	11,5	12,3
Cahors.....	1.539	1.509	63		192	222	7,8	
Gourdon.....	1.217	1.111	75		213	225	13,3	
Figeac.....	1.435	1.218	99		209	205	11,5	
Lot-et-Garonne (299.772 h.)	4.812	4.623	297	420	179	183	11,1	17,5
Agén.....	1.376	1.278	128		260	189	18,5	
Nérac.....	864	801	52		173	182	10,5	
Ville-neuve.....	1.278	1.275	62		175	198	8,5	
Marmande.....	1.294	1.269	55		169	188	7,2	
Lozère (108.822 hab.)	1.854	1.745	110	+ 89	144	161	9,0	12,4
Mende.....	676	632	37		141	118	7,7	
Florac.....	441	435	29		156	183	10,3	
Marvejols.....	736	678	44		159	160	9,5	
Maine-et-Loire (474.786 h.)	9.104	9.358	1.078	1.262	179	197	21,2	26,5
Angers.....	3.550	3.571	475		203	209	20,7	
Cholet.....	1.861	1.999	214		158	189	18,1	
Saumur.....	1.593	1.657	139		181	202	15,8	
Baugé.....	1.117	1.130	89		167	188	13,5	
Segré.....	983	1.001	161		163	201	26,6	
Manche (425.512 hab.)	10.233	9.621	1.318	1.163	215	225	27,7	27,3
Saint-Lô.....	1.660	1.653	162		212	230	23,6	
Mortain.....	1.262	1.083	126		228	222	22,7	
Valognes.....	1.474	1.402	145		223	235	21,9	
Coutances.....	1.908	1.860	340		219	213	39,1	
Avranches.....	1.907	1.852	184		214	231	20,6	
Cherbourg.....	2.022	1.771	361		202	197	36,1	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NECESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux	Pour- centage		Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés viv- ant en évo- lution active 9°	dépistés et suivis en 1923 10°	11°	12	13	14	15	16	17	18	19
6.235	101	1,6%	935	624	125	240	11	8	31	1
4.085			513	190	81	133	5	3		
1.290			191	130	26	52	3	1		
860			129	86	17	31	3	4		
1.480			222	148	30	50	5	2	7	2
705			106	71	14	28	2	2		
320			48	32	6	13	1	1		
455			68	43	9	18	2	2		
8.980	823	9,15%	1.347	896	180	359	15	7	45	19
4.655			698	406	93	186	5	3		
405			61	41	8	13	2	1		
445			67	45	9	16	2	2		
900			135	53	18	36	2	2		
2.575			386	258	52	103	4	3		
2.885	502	17,6%	438	280	58	115	8	4	14	5
1.760			261	176	25	70	2	1		
275			41	28	6	11	2	1		
430			65	42	9	17	2	1		
120			63	42	8	17	2	1		
1.885	237	12,6%	178	110	24	47	6	3	9	3
315			47	32	6	13	2	1		
375			56	38	8	15	2	1		
495			71	50	10	20	2	1		
1.485			222	140	30	59	8	1	7	0
640			96	51	13	26	2	1		
260			39	25	5	11	2	2		
310			47	31	6	12	2	2		
275			41	28	6	11	2	2		
550			83	55	11	22	4	0	3	0
185			23	10	4	7	2	2		
145			22	15	3	6	1	1		
220			33	22	4	9	1	1		
5.380	1.008	20,0%	809	539	108	216	10	4	27	5
2.375			356	238	48	95	3	2		
1.070			161	107	21	43	3	1		
695			104	70	11	28	2	1		
415			67	45	9	18	1	1		
805			121	81	16	32	1	1		
6.590	198	3,0%	989	659	132	264	11	5	33	3
810			122	81	16	32	2	1		
630			95	63	13	25	1	1		
725			109	73	15	29	2	2		
1.700			255	170	34	68	2	2		
920			138	92	18	37	2	1		
1.805			271	182	36	72	2	1		

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
					Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
	Année 1915	Année 1920	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Marne (366.734 hab.)	5 078	6 385	507		155	174	20,8	
Châlons-sur-Marne.....	1.357	1.166	116		177	171	8,8	
Sainte-Mencheuld.....	467	355	35		184	182	13,8	
Vitry-le-François.....	774	713	62		181	195	14,6	
Épernay.....	1.724	1.506	155		178	163	16,8	
Reims.....	3.952	2.745	539		112	178	26,2	
Marne (Haute-) (198.865 h.)	4 167	3 912	269	283*	157	151	12,5	13,2*
Chaumont.....	1.269	1.113	69		180	178	8,5	
Langres.....	1.375	1.166	73		183	176	9,8	
Wassy.....	1.315	1.273	126		178	191	19,5	
Mayenne (262.447 hab.)	6 050	5 598	832	640	203	213	27,9	24,5
Laval.....	2.259	2.101	129		209	219	29,5	
Mayenne.....	2.525	2.241	315		193	209	28,1	
Château-Gonthier.....	1.263	1.253	187		190	210	25,1	
Meurthe-et-Mos. (503.810 h.)	10 606	8 494	1 291	669	187	169	21,4	13,3
Nancy.....	5.355	4.918	615		189	185	25,9	
Briey.....	2.396	1.519	261		185	110	18,5	
Toul.....	1.137	858	97		112	118	13,8	
Lunéville.....	1.718	1.468	185		173	171	18,7	
Meuse (207.309 hab.)	4 921	3 692	423	255*	177	178	15,2	12,3*
Bar-le-Duc.....	1.563	1.218	125		190	187	17,5	
Verdun.....	1.305	819	139		196	179	17,7	
Commercy.....	1.322	931	195		197	158	13,0	
Montmédy.....	939	524	53		111	173	11,5	
Morbihan (546.047 hab.) ...	10 244	10 557	1 270	1 606*	157	166	21,7	29,5
Vannes.....	2.693	2.716	391		185	201	20,7	
Lorient.....	3.596	3.819	163		175	187	21,2	
Pontivy.....	2.112	2.160	262		177	177	21,7	
Ploërmel.....	1.813	2.019	228		191	238	24,1	
Nièvre (270.148 hab.)	5 042	5 040	511	432*	168	167	17,1	16,0*
Nevers.....	1.911	1.931	211		161	169	17,9	
Cosne.....	1.471	1.211	111		180	211	17,5	
Château-Chinon.....	912	926	101		152	176	16,7	
Clamecy.....	1.888	931	82		183	145	15,2	
Nord (1.787.918 hab.)	31 913	27 352	4 519	4 284*	162	153	23,0	23,0*
Lille.....	11.539	12.471	2.128		168	163	21,9	
Valenciennes.....	3.979	3.151	650		152	111	21,8	
Avesnes.....	3.353	2.962	327		156	150	15,1	
Cambrai.....	2.861	2.397	370		116	116	18,9	
Douai.....	2.509	2.220	393		153	143	23,9	
Dunkerque.....	2.812	2.191	355		176	156	22,2	
Hazebrouck.....	2.017	1.357	295		189	150	27,2	
Oise (387.760 hab.)	7 877	6 217	682		191	176	21,5	
Beauvais.....	2.393	2.198	211		194	188	18,6	
Clermont.....	1.814	1.815	212		229	203	26,2	
Compiègne.....	1.771	1.519	181		181	162	18,8	
Senlis.....	1.859	1.735	258		169	157	25,3	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux	Pour- centage		Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés vi- vant en évo- lution active 9°	dépi- stés et suivis en 1923 10°	centage 11°	12	13	14	15	16	17	18	19
4.535	939	20,7 %	680	454	91	181	10	6	23	8
580			87	58	12	23	2	1		
175			26	18	4	7	1			
310			47	31	6	12	2	1		
775			116	78	16	31	2	2		
2.695			270	404	54	108	3	2		
1.345	182	13,5 %	203	135	27	54	6	2	6	2
300			45	30	6	12	2	1		
365			55	37	7	15	2			
680			102	68	13	27	2	1		
4.160	384	9,2 %	624	416	83	166	8	5	22	3
1.660			240	160	32	64	3	1		
172			259	173	35	69	3	2		
835			125	84	17	33	2	2		
6.055	2.314	38,3 %	908	606	121	242	11	10	30	11
3.475			521	348	70	139	4	3		
1.170			176	117	23	47	3	2		
485			73	49	10	19	2	3		
925			139	93	19	37	2	2		
2.115	577	27,3 %	317	212	42	85	7	4	11	4
625			94	63	13	25	2	1		
695			104	70	14	28	2	1		
511			77	52	10	21	2	1		
280			42	28	6	11	1	1		
6.270	673	10,7 %	941	627	125	251	13	6	31	6
1.505			226	151	30	60	3	2		
2.315			347	232	46	92	5	3		
1.310			197	131	26	52	3			
1.140			171	114	23	46	2	1		
2.555	302	11,8 %	363	256	51	102	6	4	12	5
1.055			158	106	21	42	2	2		
570			86	57	11	23	2	1		
520			78	52	10	21	1			
410			62	41	8	16	1	1		
2.590	1.302	5,8 %	3.389	2.259	452	904	30	13	112	20
0.640			1.596	1.064	213	426	10	6		
3.250			488	325	65	130	4	1		
1.635			245	164	33	65	4	1		
1.850			278	185	37	74	3	1		
1.965			295	197	39	79	3	2		
1.775			266	178	36	71	3	1		
1.475			221	148	30	59	3	1		
4.410	1.682	38,1 %	662	441	88	176	10	13	22	13
1.150			173	116	23	46	3	2		
1.060			159	106	21	42	2	4		
905			136	91	18	36	2	2		
1.290			194	129	26	52	3	5		

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Orne (274.814 hab.)	6.893	6.300	615	543*	224	229	20,0	19,7
Alençon	1.315	1.255	119		245	253	21,8	
Mortagne	1.803	1.509	135		222	206	16,6	
Domfront	2.230	2.101	239		223	243	23,9	
Argentan	1.550	1.435	122		217	221	17,0	
Pas-de-Calais (989.967 hab.)	17.873	15.535	2.493	2.175*	167	157	23,3	22,0
Arras	3.068	2.111	394		172	165	22,0	
Béthune	6.297	5.301	871		156	141	21,6	
Boulogne-sur-Mer	3.999	3.717	625		185	166	29,0	
Saint-Omer	1.934	1.856	271		168	166	23,5	
Montreuil	1.358	1.425	210		167	178	25,6	
Saint-Pol	1.217	1.125	122		165	159	16,5	
Puy-de-Dôme (490.560 hab.)	9.011	9.042	751	791	171	184	14,3	16,2
Clermont-Ferrand	3.252	3.347	387		186	183	22,1	
Ambert	998	999	51		150	174	7,7	
Thiers	1.208	1.154	91		169	180	12,7	
Issoire	1.387	1.312	78		173	189	9,7	
Riom	2.166	2.230	144		163	191	10,8	
Pyrénées (B.-) (402.981 h.)	7.234	7.127	669	670*	167	177	15,4	16,6
Pau	2.298	2.277	218		181	196	17,2	
Bayonne	2.044	2.112	249		167	174	20,3	
Orthez	1.012	934	71		160	163	11,2	
Mauléon	889	886	56		147	160	9,3	
Oléron	981	918	75		163	171	12,5	
Pyrénées (H.-) (185.760 h.)	3.768	3.738	289	300	182	201	14,0	21,3
Bagnères-de-Bigorre	1.231	1.243	96		184	207	14,4	
Argelès	723	682	53		185	193	13,5	
Tarbes	1.814	1.813	140		181	200	14,0	
Pyrénées-Or. (217.503 hab.)	3.635	3.421	271	238	170	157	12,7	10,9
Perpignan	2.042	2.054	174		168	152	14,3	
Céret	867	734	50		182	163	12,4	
Prades	726	633	38		167	167	8,7	
Terr. de Belfort (91.338 h.)	1.449	1.335	195	+ 46	154	142	19,2	
Rhône (953.566 hab.)	15.969	15.641	2.033	3.680*	174	163	22	38,6
Lyon	13.228	12.994	1.824		174	159	24	
Villefranche	2.741	2.647	209		175	193	13,5	
Haute-Saône (228.348 hab.)	4.587	4.382	324	277*	178	162	12,6	12,2
Vesoul	1.480	1.448	92		187	204	11,6	
Gray	1.030	968	78		181	192	13,7	
Lure	2.077	1.966	154		171	184	12,6	
Saône-et-Loire (554.816 h.)	9.697	9.230	1.050	965	160	167	17,4	17,4
Mâcon	1.939	1.943	175		193	216	17,4	
Louhans	1.430	1.229	164		170	163	19,5	
Charolles	2.036	1.886	198		162	167	15,7	
Autun	1.861	1.738	221		144	143	17,1	
Châlons-sur-Saône	2.431	2.484	292		148	160	17,8	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISTEUSES d'hygiène nécessaires	VISTEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux		Pour-	Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés vi- vant en évo- lution active 9°	dépistés et suivis en 1923 10°	centage 11°	12	13	14	15	16	17	18	19
3 075	118	3,8 %	461	308	61	123	8	4	15	4
595			89	60	11	24	2	1		
675			101	68	14	27	2	1		
1.195			179	120	24	48	2	1		
610			92	61	12	24	2	1		
12 465	301	2,4 %	1.870	1.247	249	499	18	5	62	7
1.970			296	197	39	79	3	1		
4.355			653	436	87	144	6	1		
3.125			469	313	63	125	4	2		
1 355			203	136	27	54	2	1		
1.050			158	105	21	42	2			
610			92	61	12	24	1			
3.755	876	23,3 %	563	376	75	150	12	6	19	6
1.935			290	194	39	77	3	3		
255			38	26	5	10	2	1		
455			68	46	9	18	2	1		
390			59	39	8	16	2	1		
720			108	72	14	28	3			
3.345	449	13,4 %	502	335	67	134	10	5	16	5
1.090			164	109	22	44	3	1		
1.245			187	125	25	50	3	2		
355			53	36	7	14	2	1		
280			42	28	6	11	1			
375			56	38	8	15	2	1		
1.445	237	16,4 %	217	145	29	58	6	5	7	3
480			72	48	10	19	2	2		
265			40	27	5	11	2	1		
700			105	70	14	28	2	2		
1.355			203	136	27	54	4	1	6	
870			131	87	17	35	2	1		
295			44	30	6	12	1			
190			29	19	4	8	1			
975	425	43 %	146	98	20	39	3	1	5	4
10.165	2.039	20 %	1.524	1.016	203	406		13	51	17
9.120			1.368	912	182	364		8		
1.045			156	104	21	42		5		
1.620	196	12,1 %	243	162	32	65	7	3	8	4
460			69	46	9	18	2	1		
390			59	39	8	16	2	1		
770			116	77	15	31	3	1		
5.250	781	14,9 %	788	525	105	210	12	5	26	6
875			131	88	18	35	2	1		
820			123	82	16	33	1	1		
990			149	99	20	40	3			
1.105			166	111	22	44	3	1		
1.460			219	146	29	58	3	2		

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PAR TUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922 (*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Sarthe (389.235 hab.)	8 226	7 649	796	714	196	197	18,9	18,4
Le Mans	3.703	3.423	428		206	199	23,7	
Saint-Calais	1.096	1.093	124		179	192	20,2	
La Flèche	1.553	1.446	97		183	187	11,4	
Mamers	1.874	1.687	147		201	205	15,8	
Savoie (224.874 hab.)	4 558	4 166	379	310*	183	185	15,3	13,8
Chambéry	2.307	2.284	254		180	200,2	19,8	
Moutiers	668	544	45		197	176	13,2	
Albertville	690	518	35		198	158	10,0	
Saint-Jean-de-Maurienne	893	820	45		175	175	8,8	
Savoie (H.-) (235.668 hab.)	4 852	4 324	484	462*	190	183	19,4	19,6
Annecy	1.404	1.344	118		179	186	15,0	
Thonon	1.170	1.027	145		194	187	24,1	
Bonneville	1.354	1.091	137		198	176	20,3	
Saint-Julien	944	862	94		192	185	19,2	
Seine (4.411.691 hab.)	70 616	67 572	16 627	13.175*	171	153	40,4	29,9
Paris	44.624	47.257	10.975		157	162	38,5	
Seaux	11.450	9.306	2.177		220,1	150	41,9	
Saint-Denis	14.542	11.009	3.473		195	124	46,5	
Seine-inférieure (880.671 h.)	18 794	16 195	2 627	2 231*	214	184	29,9	25,3
Rouen	7.219	6.658	1.004			196	30,5	
Le Havre	6.182	5.090	1.165		221	175	41,6	
Dieppe	2.292	1.949	194		214	188	18,1	
Yvetot	1.793	1.370	181		201	173	20,2	
Neufchâtel	1.308	1.128	83		182	166	11,6	
Seine-et-Marne (319.231 h.)	6 528	6 507	656	734	179	181	18,0	21,0
Meaux	1.882	1.839	197		181	178	18,9	
Melun	1.234	1.195	166		178	177	24,0	
Coulommiers	841	883	66		167	197	13,1	
Provins	959	935	51		190	210	10,1	
Fontainebleau	1.612	1.655	176		180	189	19,7	
Seine-et-Oise (921.673 hab.)	15 918	16 284	2 816	2 780*	194	177	34,4	30,2
Versailles	5.945	6.122	1.221		189	164	38,8	
Mantes	1.144	1.042	125		194	179	21,4	
Etampes	790	781	108		186	189	25,1	
Rambouillet	1.277	1.174	148		182	177	21,0	
Corbeil	2.624	2.842	487		204	193	37,8	
Pontoise	4.138	4.323	727		205	183	36,1	
Deux-Sèvres (370.030 hab.)	5 305	5 283	459	441	157	171	13,6	14,3
Niort	1.895	1.952	158		179	197	15,0	
Parthenay	1.081	1.073	96		135	149	12,0	
Bressuire	1.268	1.317	145		146	163	16,6	
Melle	1.061	951	60		163	162	9,2	
Somme (152.621 hab.)	10 260	8 350	1 002	+ 535	197	184	19,2	18
Amiens	3.920	3.588	443		200	192	23,1	
Doullens	887	786	58		193	193	12,6	
Montdidier	1.212	739	101		218	170	18,1	
Péronne	1.710	1.083	142		183	187	15,2	
Abbeville	2.521	2.154	258		195	173	20,0	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLET NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1924
Nombre de Tuberculeux	Pour- centage		Lits spéciaux dans les hôpitaux	Lits dans les Sanatoria	Lits dans les Préventoria	Places dans les écoles de plein air	Dispensaires spécialisés nécessaires			
estimés vi- vant en évo- lution active	dépistés et suivis en 1923	11 *	12	13	14	15	16	17	18	19
3.980	513	12,9 %	597	398	80	119	8	5	19	0
2.140			321	214	13	86	3	3		
620			93	62	12	25	1	1		
485			73	49	10	19	2	1		
735			110	74	11	29	2			
1.895	357	18,8 %	284	190	38	76	6	6	9	5
1.270			190	127	25	51	3	2		
225			31	23	5	9	1	1		
175			26	18	1	7	1	1		
225			31	23	5	9	1	2		
2.470	35	1,4 %	371	247	49	19	6	2	12	1
590			89	59	12	21	2	1		
725			109	73	15	29	2	1		
685			103	68	14	27	1			
470			71	47	9	19	1			
83.135	27 900	33,5 %	12 470	8.315	1.663	3 325	44	53	415	150
54.875			8.231	5.488	1.098	2.195	30	30		
10.885			1.635	1.089	218	435	6	13		
17.375			2.606	1.738	318	695	8	10		
13.135			1 970	1 313	203	525	15	9	65	3
5.020			753	502	100	201	5	5		
5.825			874	583	117	233	5	2		
970			146	97	19	39	3	1		
905			136	91	18	36	2	1		
415			62	42	8	17	1			
3.280	244	7,45 %	482	328	66	131	10	5	16	5
985			148	99	20	39	3	2		
830			125	83	17	33	2	2		
330			50	33	7	13	2	1		
255			38	26	5	10	1	1		
880			132	88	18	35	2			
14.080			2.112	1.408	282	563	18	16	10	6
6.105			916	611	122	244	5	7		
500			75	50	10	20	2	1		
540			81	54	11	22	2			
740			111	74	15	30	2			
2.435			365	244	49	97	3	1		
3.635			545	364	73	145	4	1		
2.295			344	230	46	12	7	1	11	
790			119	79	16	32	2	1		
480			72	48	10	19	2			
725			169	73	15	29	2			
300			45	30	6	12	1			
5.010	221	4,4 %	752	501	100	200	10	5	25	7
2.215			332	222	44	88	3	1		
290			44	29	6	12	1	1		
505			76	51	10	20	1	1		
710			107	71	14	28	2	1		
1.290			194	129	26	52	3	1		

DÉPARTEMENTS ET ARRONDISSEMENTS DE FRANCE Population en Mars 1921	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS		DÉCÈS PARTUBERCULOSE toutes formes		PROPORTION POUR 10.000 HABITANTS			
	Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922(*)	Mortalité générale		Mortalité par tuber- culose toutes formes	
					Année 1913	Année 1922	Année 1913	Année 1919 ou 1922(*)
	1	2	3	4	5	6	7	8
Tarn (295.588 hab.).....	5.433	5.268	326	274*	167	178	10,0	9,25*
Albi	1.748	1.672	118		171	168	11,6	
Gaillac	965	932	38		191	210	7,5	
Castres	2.057	1.930	124		161	171	9,7	
Lavaur	663	734	46		151	189	10,5	
Tarn-et-Garonne (159.559 h)	3.559	3.315	179	152	195	208	8,7	9,51
Montauban	1.755	1.653	96		201	219	11,0	
Castelsarrasin	988	928	59		182	192	10,8	
Moissac	816	734	24		200	205	5,9	
Var (322.945 hab.).....	6.353	6.121	579	458*	192	189	17,5	14,2*
Toulon	3.807	3.669	436		186	181	21,3	
Brignolles	978	879	58		212	212	12,6	
Draguignan	1.568	1.573	85		197	201	10,7	
Vaucluse (219.602 hab.) ...	4.814	4.496	364	429	201	205	15,3	18,2
Avignon	1.911	1.917	218		211	220	24,1	
Orange	1.156	1.074	73		186	192	11,8	
Carpentras	872	790	39		196	195	8,8	
Apt	875	715	34		210	199	8,1	
Vendée (397.292 hab.).....	6.628	7.001	794	+ 331*	151	176	18,1	
La Roche-sur-Yon	2.600	2.824	340		160	192	20,9	
Sables-d'Olonne	1.936	2.008	281		138	157	20,1	
Fontenay-le-Comte	2.092	2.169	173		154	178	12,8	
Vienne (306.248 hab.).....	5.018	5.048	365	336*	151	165	11,0	12,9*
Poitiers	1.973	1.970	122		159	173	9,8	
Civray	690	623	62		144	141	12,9	
Châtellerault	933	1.024	57		150	174	9,2	
Montmorillon	878	884	104		138	154	16,3	
Loudun	544	547	20		158	171	5,8	
Vienne (H.-) (350.235 hab.)	5.863	5.420	768	749	152	155	20,0	21,4
Limoges	3.140	2.979	492		158	160	2,5	
Bellac	1.180	1.057	98		147	153	12,2	
Rochechouart	874	726	120		154	144	21,1	
Saint-Yrieix	669	658	58		135	146	11,7	
Vosges (383.684 hab.).....	7.718	6.228	761	543*	177	165	17,6	14,2*
Épinal	2.159	1.837	256		174	159	20,6	
Saint-Dié	2.181	1.454	240		185	158	20,3	
Mirecourt	1.108	1.002	87		193	198	15,2	
Neufchâteau	800	757	48		176	191	10,6	
Remiremont	1.470	1.178	130		165	148	14,6	
Yonne (273.118 hab.).....	5.510	5.558	371	489	181	203	12,2	17,9
Auxerre	1.817	1.850	138		182	205	13,9	
Sens	1.054	1.080	69		187	208	12,3	
Joigny	1.379	1.443	81		175	202	10,3	
Tonnerre	623	576	39		184	190	11,5	
Avallon	637	609	44		180	205	12,4	

RENDEMENT de l'Organisation Antituberculeuse			ESTIMATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX COMPLÉT NÉCESSAIRE					NOMBRE de dispensaires existant en 1924	VISITEUSES d'hygiène nécessaires	VISITEUSES diplômées en fonction en 1921
Nombre de Tuberculeux estimés vivant en évo- lution active 9°	dépistés et suivis en 1923 10°	Pour- centage 11°	Lits spéciaux dans les hôpitaux 12	Lits dans les Sanatoria 13	Lits dans les Préventoria 14	Places dans les écoles de plein air 15	Dispensaires spécialisés nécessaires 16	17	18	19
1.630			245	163	33	65	6	1	8	0
590			89	59	12	24	2	1		
190			29	19	4	8	1			
620			93	62	12	25	2			
230			35	23	5	9	1			
895			134	90	18	36	4	0	4	0
480			72	48	10	19	2			
295			44	30	6	12	1			
120			18	12	2	5	1			
2.895	383	13,2 %	434	290	58	116	7	3	14	4
2.180			327	218	44	87	4	3		
290			44	29	6	12	1			
425			64	43	9	17	2			
1.820	674	37,0 %	273	182	36	73	7	7	9	6
1.090			164	109	22	44	3	2		
365			55	37	7	15	2	2		
195			29	20	4	8	1	2		
170			26	17	3	7	1	1		
3.970			595	397	79	159	9	0	20	0
1.700			255	170	34	68	3			
1.405			211	141	28	56	3			
865			130	87	17	35	3			
1.825	237	13,0 %	274	183	37	73	7	1	9	2
610			92	61	12	24	3	1		
310			47	31	6	12	1			
285			43	29	6	11	1			
520			78	52	10	21	1			
100			15	10	2	4	1			
3.840	802	20,9 %	576	384	77	154	9	10	19	5
2.460			369	246	49	98	3	3		
490			74	49	10	20	2	2		
600			90	60	12	24	2	2		
290			44	29	6	12	2	3		
3.805	1.328	35,0 %	571	381	76	152	12	6	19	2
1.280			192	128	26	51	3	1		
1.200			180	120	24	48	3	2		
435			65	44	9	17	2	1		
240			36	24	5	10	2	1		
650			98	65	13	26	2	1		
1.855			278	186	37	74	10	2	9	1
690			104	69	14	28	2	1		
345			52	35	7	14	2			
405			61	41	8	16	2			
195			29	20	4	8	1			
220			33	22	4	9	1			

Tableau n° 18

PROVENANCE DES FONDS EMPLOYÉS POUR LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN FRANCE
pendant les années 1919 à 1922

Année 1919.

Fonds publics, départementaux et municipaux	2.072.078 »	Total des Fonds Français 7.819.988 francs
Budget ordinaire de l'Etat	880.000 »	
Fonds privés	3.967.910 »	
<i>Mission Rockefeller</i>	4.991.922 »	

Année 1920.

Fonds publics, départementaux et municipaux	8.187.980 »	Total des Fonds Français 36.384.053 francs
Budget ordinaire de l'Etat	9.620.000 »	
Produit des Jeux, Pari-Mutuel	15.729.000 »	
Fonds privés	2.847.073 »	
<i>Mission Rockefeller</i>	7.913.746 »	

Année 1921.

Fonds publics, départementaux et municipaux	26.130.424 »	Total des Fonds Français 63.104.464 francs
Budget ordinaire de l'Etat	13.960.000 »	
Produit des Jeux, Pari Mutuel	21.014.000 »	
Fonds privés (incomplet)	2.000.000 »	
<i>Mission Rockefeller</i>	4.363.922 »	

Année 1922.

Fonds publics, départementaux et municipaux	24.414.055 »	Total des Fonds Français 44.681.951 francs
Budget ordinaire de l'Etat	11.731.875 »	
Produit des Jeux, Pari Mutuel	4.342.000 »	
Fonds privés (renseignements très incomplets)	2.194.021 »	
<i>Mission Rockefeller</i>	3.375.089 »	

CHAPITRE XIV



L'EFFORT FINANCIER DES COMITÉS DÉPARTEMENTAUX, DES CONSEILS GÉNÉRAUX ET DE L'ÉTAT DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

*La San'è Publique s'achète. Dans
les limites naturelles de la vie hu- }
maine, un pays peut déterminer son
propre taux de mortalité, d'après
son effort financier et organisateur*

Contribution de la Commission Rockefeller et de la Croix-Rouge Américaine

Le plus souvent, nos délégués et nous-mêmes devions aider, dans les départements que nous désirions organiser, les nouveaux comités à mener une campagne financière destinée à recueillir les fonds nécessaires pour l'exécution du programme proposé; les fonds français s'ajoutaient alors aux fonds américains que nous donnions pour amorcer l'organisation. Ce genre de travail fut fécond et nous permit d'apprécier la générosité et la philanthropie des populations, des œuvres et des administrations privées, car les administrations publiques n'avaient malheureusement pas toujours été saisies d'un projet d'organisation bien établi ou d'une demande de subvention bien formulée. Mais ce fut pour tous nos délégués une bien grande satisfaction que de voir ce qui avait paru impossible au point de vue financier, se réaliser assez facilement une fois

le programme bien établi. De toutes parts, venant des souscriptions privées, des collectes populaires, des subventions de l'Etat, du Conseil général, des communes, des maisons de commerce et des industries, les fonds rentraient pour permettre le fonctionnement des dispensaires.

L'urgence de la situation admise et les résultats que l'on pouvait obtenir, bien compris, chacun ne demandait qu'à nous aider. Le premier point était donc de bien se faire entendre. Nous sommes heureux d'avoir contribué à réveiller cet esprit de solidarité sociale à travers le pays et d'avoir obtenu l'effort financier que nous exposons ci-dessous.

Dans les départements que nous recherchions à organiser, la première question que l'on nous posât était :

« Où trouverait-on les fonds nécessaires pour créer les dispensaires et les divers services proposés; ensuite, comment couvrirait-on le budget annuel de fonctionnement? » La Mission Américaine couvrait par des donations la presque totalité des frais d'installation des dispensaires et des laboratoires, les appointements des visiteuses inspectrices, de certains médecins spécialisés et cela, pendant au moins une année; également, elle fournissait gratuitement fiches, fichiers, dossiers, quelque appareillage de laboratoire et certains produits pharmaceutiques. Ces subventions étaient assez largement calculées pour subvenir à certains frais d'administration tels que : secrétariat général permanent, fichier central pour le département, frais de déplacements pour un service de dépistage rural. En outre, des fonds spéciaux de la Croix-Rouge Américaine nous permettaient de subventionner la construction ou l'adaptation de sanatoriums ou de salles d'isolement hospitalier.

L'octroi de ces subventions fut toujours fait après enquête sur acceptation du programme proposé et selon certaines conditions que nous jugeons essentielles, énumérées dans une *lettre-contrat* dont voici copie, à titre documentaire, car cette formule, toujours acceptée, donna les meilleurs résultats et obtenait l'effort financier recherché, de la part des autorités et des comités ainsi saisis :

TYPE DE LETTRE CONTRAT

Le 22 Août 1921.

M. le Président de l'Office
Départemental de Lutte
Antituberculeuse du Loiret.
Préfecture. Orléans (Loiret)

Monsieur le Président,

Nous avons le plaisir de vous faire parvenir ci-joint un chèque de 67.200 francs représentant notre contribution financière à l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le département du Loiret. En outre, le traitement de la visiteuse en chef vous sera versé, mensuellement, par notre Mission.

Vous voudrez bien nous permettre de préciser que ce don est fait à l'Office Départemental Antituberculeux du Loiret, aux conditions stipulées dans notre lettre de propositions et le schéma d'organisation qui ont été adressés le 21 juin 1921, à M. le Préfet du Loiret et dont nous vous donnons ci-dessous copie.

Nous désirons que notre subvention ne puisse recevoir sans notre approbation, une affectation différente de celle que nous avons désignée. Nous demandons aussi que le Conseil d'administration de votre Office Départemental s'engage à en contrôler l'emploi et à assurer l'exécution des conditions stipulées dans la note précitée.

Nous sommes très heureux de pouvoir contribuer par notre don au développement de votre Office antituberculeux et très honorés de collaborer à l'amélioration de la santé publique dans votre département.

Avec les meilleurs vœux pour le succès de vos efforts, veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

LE DIRECTEUR DE LA MISSION ROCKEFELLER.

TYPE DE PROPOSITION DE DON

Note adressée à Monsieur le Préfet du Loiret.

Propositions de la Mission Américaine de Préservation
contre la Tuberculose en France.

La Mission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France (Fondation Rockefeller) se propose pour participer à l'organisation antituberculeuse qui est en voie de réalisation dans le département du Loiret, de faire don à ce département :

I. — D'une somme de 67.200 francs dont le montant devrait être réparti en principe sur les bases suivantes :

A. — COMITÉ DÉPARTEMENTAL.

1° pour contribution à l'établissement d'un fichier central et d'un secrétariat permanent	fr.	4.000 »
2° Pour contribution à l'établissement des services techniques des dispensaires (partie du traitement des visiteuses et d'un médecin spécialisé ne faisant pas de clientèle chargé d'assurer le service des dispensaires) fr.		8.000 »

B. — DISPENSAIRES.

1° Orléans, pour contribution aux frais de premier établissement d'un dispensaire	fr.	18.000 »
2° Montargis, pour contribution aux frais de premier établissement du dispensaire	fr.	10.000 »
3° Gien, pour contribution aux frais de premier établissement du dispensaire	fr.	10.000 »
4° Pithiviers, pour contribution aux frais de premier établissement du dispensaire	fr.	10.000 »

II. — SURVEILLANCE DU SERVICE SOCIAL.

D'une somme de fr. 7.200 »
destinée à contribuer aux frais de contrôle et d'inspection du Service social des différents dispensaires du département. Ce Service sera assuré par une visiteuse d'hygiène en chef, choisie par nous avec votre approbation. Le traitement de cette visiteuse en chef serait de 600 francs par mois; il serait versé mensuellement par nous jusqu'à concurrence de la somme de 7.200 francs réservée par notre Mission, les frais de déplacement et de tournée étant à la charge de l'organisation départementale. Après la première

année, cette organisation assurera à la fois le traitement sur les mêmes bases et les frais de déplacement.

III. — FICHES.

Des fiches et des fichiers nécessaires au fonctionnement des dispensaires seront fournis par nous gratuitement pour la première année de fonctionnement.

IV. — BOURSES D'ÉTUDES POUR CANDIDATES VISITEUSES.

Des bourses d'études destinées à l'instruction des candidates visiteuses présentées par l'Organisation départementale aux Ecoles approuvées par le Comité National.

V. — BOURSES D'ÉTUDES POUR MÉDECINS.

Des bourses spéciales, offertes après entente avec notre Bureau Médical aux médecins désireux de suivre à Paris le Cours de Perfectionnement sur la Tuberculose.

Une affectation de notre subvention différente de celle exposée aux divers paragraphes ci-dessus ne pourra être faite qu'avec notre approbation.

Les diverses sommes destinées à l'installation des dispensaires seront transmises aux trésoriers des comités locaux respectifs lorsque ces comités auront été constitués avec votre approbation et qu'ils auront accepté les règlements intérieurs de votre Office.

Ce don serait subordonné aux conditions suivantes :

a) Un Comité ou Office départemental résultant de la transformation ou modification de l'ancienne Ligue de Défense contre la Tuberculose dans le département du Loiret, conçu comme une Fédération de toutes les initiatives privées et solidairement appuyé sur les Pouvoirs Publics, serait créé dans le plus bref délai et aurait pour but principal d'établir des dispensaires d'hygiène sociale et de Préservation antituberculeuse dans les villes ci-dessus désignées. Il envisagerait également la création d'un *service ambulancier* permettant de toucher à jour fixe les centres industriels et ruraux les plus importants du département.

Votre Comité départemental emploiera notre subvention, non seulement pour subvenir aux dépenses d'installation et d'aménagement des dispensaires précités d'une manière aussi complète que possible, mais encore pour l'établissement de leurs services techniques, à l'exclusion absolue de toutes dépenses de secours ou d'assistance matérielle aux malades.

b) La Mission Américaine ou à son défaut le Comité National

de Défense contre la Tuberculose se réserve le droit de surveiller les progrès réalisés dans l'exécution du programme énoncé plus haut, l'emploi des fonds alloués, et elle se réserve la faculté de suggérer telles modifications utiles en vue d'une meilleure organisation lorsque cela pourra lui paraître nécessaire.

Les Comités locaux et les dispensaires qui auront reçu par votre intermédiaire une subvention de notre part, seront soumis à tous les règlements intérieurs de votre Office Départemental, — lesquels seront élaborés d'accord avec nous, ou, tout au moins, seront approuvés par notre Bureau d'Organisation Départementale.

Ces Comités seront strictement tenus d'observer les règles suivantes concernant le service médico-social des dispensaires, ces règles sont formulées dans le seul but d'assurer le bon fonctionnement de ces institutions :

1° Le service social de chaque dispensaire sera assuré par au moins une visiteuse d'hygiène professionnelle laquelle sera approuvée par notre Commission et diplômée d'une Ecole de Visiteuses reconnue par le Comité National. Les dispensaires importants et ceux qui auront à assurer un service de surveillance rurale auront une visiteuse d'hygiène supplémentaire appelée visiteuse d'hygiène volante ou rurale. Le traitement de ces visiteuses a été fixé à une somme minimum de 500 francs par mois, traitement adopté par le Comité National.

2° Le Service médical de tous les dispensaires sera assuré par un ou plusieurs médecins spécialisés, nommés au concours ou sur titres, ce médecin devra prendre l'engagement de ne pas faire de clientèle, selon un contrat à passer avec le Comité départemental.

3° L'examen systématique des crachats sera fait, soit au dispensaire, soit à un laboratoire central, mais dans l'un ou l'autre cas, une fiche indiquant le résultat de l'examen sera envoyée au Fichier Central.

4° Les examens radioscopiques et laryngologiques seront assurés soit au dispensaire même, soit à un dispensaire central, soit dans un hôpital après entente avec la Commission des Hospices.

5° Un système uniforme de fiches médicales et sociales, approuvé par nous et par le Comité Départemental, sera adopté pour l'ensemble des dispensaires du Département.

6° Des rapports mensuels sur le fonctionnement médical et social seront envoyés par chaque comité local de dispensaire à votre Comité Départemental. Des copies en seront transmises au Fichier Central et à notre Mission.

7° Les divers dispensaires subventionnés devront permettre

l'inspection médicale et sociale, faite par des délégués nommés à cet effet par votre Comité Départemental.

Le Comité Départemental s'engage à organiser :

a) Un secrétariat permanent destiné à assurer une coordination constante entre tous les dispensaires et les autres institutions de défense contre la tuberculose.

b) Il établira un Fichier Central, — fichier médical et fichier des œuvres de bienfaisance et d'assistance, — qui sera en relations avec toutes les institutions de défense antituberculeuse dans votre département ainsi qu'avec toutes les œuvres d'assistance publiques ou privées.

c) Le Comité Départemental emploiera, en dehors des visiteuses d'hygiène fixes attachées à chaque dispensaire, une visiteuse inspectrice, chef du service social, adjointe à la Commission technique dudit Comité.

d) La Commission Technique de votre Office exercera l'inspection médicale des dispensaires et du laboratoire, mais elle pourra déléguer ses pouvoirs à un médecin-inspecteur.

e) Le Comité départemental ne négligera aucun effort et insistera d'une façon pressante auprès des pouvoirs publics et des commissions des hospices pour que soit réalisé, dans le plus bref délai possible, l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, et pour qu'un nombre suffisant de lits soit installé dans les divers hôpitaux du département pour y recevoir des tuberculeux.

Le nombre théorique de lits mis à la disposition des tuberculeux avancés est, pour un département; d'environ un quart de la moyenne des décès par tuberculose.

f) Votre Comité Départemental s'efforcera de subvenir aux frais de fonctionnement de tous les dispensaires; il aidera aussi les comités locaux qui pourront créer des dispensaires autonomes, à la condition qu'ils lui soient affiliés; il utilisera, dans ce but, les ressources qu'il pourra obtenir soit de l'Etat, soit du département, soit du Comité National.

Ces frais essentiels sont surtout ceux afférant au service technique. Ils comprennent, en particulier, le traitement des visiteuses d'hygiène et leurs frais de déplacement, les honoraires médicaux, ceux des services spéciaux tels que laboratoires, radiographie, laryngologie, les frais généraux et ceux d'ordre purement prophylactique tels que désinfections, crachoirs, literie, placement d'enfants, etc...)

Le Comité départemental devra subvenir à ses dépenses pro-

pres d'administration, de secrétariat permanent, de fiches et de propagande éducative.

g) Des *comités locaux* ayant plus particulièrement un rôle de *patronage* et d'aide sociale seront constitués dans les centres où des dispensaires fonctionneront. Le rôle de ces comités consistera surtout à user de leur influence morale et financière en faveur des dispensaires. Ils s'efforceront donc de réunir les ressources locales nécessaires pour subvenir aux frais d'assistance proprement dits et de distribution de secours, qui ne sont pas compris dans les frais techniques des dispensaires.

h) La représentation de ces divers comités locaux sera assurée au conseil d'administration de votre Office Départemental.

i) Le Comité Départemental acceptera, en outre, la visite de délégués chargés de suivre les progrès de son action, de collaborer à la meilleure organisation possible des institutions créées ou à créer, et d'assurer le lien avec la Mission Américaine.

En résumé,

La Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France contribue, par ce don, aux frais de premier établissement des dispensaires ou aux frais d'installation, à la condition expresse que le Comité Départemental assurera, par un engagement formel, le fonctionnement de l'Œuvre entreprise.

LE DIRECTEUR-ADJOINT,
Directeur
de l'Organisation Départementale.

N. b. — Nous nous permettons d'attirer l'attention du Comité départemental antituberculeux, certains d'être en cela d'accord avec lui, sur la nécessité de n'ouvrir les dispensaires qu'autant qu'ils posséderont tous les éléments d'un fonctionnement régulier.

Nous entendons par là que leur installation matérielle et leur équipement ne sont que le prélude indispensable mais insuffisant de leur mise en marche et qu'il est inutile et souvent même d'ouvrir un dispensaire sans visiteuse diplômée.

L'expérience nous a depuis longtemps démontré qu'un tel dispensaire ne rend que de faibles services tout à fait disproportionnés à l'argent dépensé. De plus, des habitudes défectueuses de fonctionnement y sont forcément prises, qu'il est très difficile ensuite de réformer.

Il est donc préférable à notre avis de voir l'organisation antituberculeuse se développer lentement, au fur et à mesure que les visiteuses recrutées autant que possible sur place avec l'aide des Comités d'arrondissement, sortiront des écoles, parfaitement instruites de leur rôle et rompues aux difficultés de leur tâche.

Tableau n° 19
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE LA MISSION ROCKEFELLER EN FRANCE
 (Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France)
 pendant les Années 1918-1922

Années	Administration centrale	Division Médicale	Propagande	Organisation Départementale	Division des Infirmeries- Visiteuses	Total par Année
1918	478.324 82	1.411.525 35	468.260 46			2.358.110 63
1919	609.238 53	3.434.814 66	1.114.630 17	132.538 75		4.991.222 11
1920	1.270.584 64	1.218.048 24	2.057.126 53	2.239.859 63	4.128.127 63	7.913.746 67
1921	1.109.426 07	491.474 68	980.911 87	566.180 26	4.215 929 93	4.363.922 81
1922	885.807 38		817.372 56	385.616 70	4.286.292 48	3.375.089 12
TOTAL.	4.353 381 44	6.255.862 93	5.438.301 59	3.324.195 34	3.630.350 04	23.002.091 34

Les Comités départementaux, subventionnés par la Mission Américaine pour amorcer le programme de défense antituberculeuse de 1917 à 1923, sont indiqués sur la carte de France page 228 et dans la liste des départements à la p. 452. Nous nous en excusons, car il n'est jamais venu à l'esprit d'aucun membre de la Mission Américaine de faire étalage des services rendus et de l'aide financière apportée. Mais, comparés aux fonds français recueillis, ces chiffres sont intéressants ; ils décèlent le ferment que constitua l'action américaine près de l'immense effort financier fait partout en France. Cela est le meilleur indice de l'éducation sociale antituberculeuse que nous avons aidé à faire, aussi bien que celui d'une meilleure compréhension du problème. C'est aussi la garantie de continuité des organisations établies, excellente augure pour le résultat final que nous recherchions : la diminution de la mortalité par tuberculose en France.

En France, comme en Amérique, nous estimions que la vaste entreprise antituberculeuse ne recevrait l'appui financier officiel de l'Etat, des Conseils généraux et des autorités publiques locales que le jour où l'initiative privée aurait donné l'exemple et démontré pratiquement la nécessité et l'efficacité des organismes créés. La santé publique et l'hygiène sociale sont des affaires d'Etat et d'ordre public. Mais partout dans le monde, l'initiative privée a montré le chemin, et lorsque la charge devient trop lourde, l'administration publique lui succède dans ces obligations où contribue largement à assurer la continuité des organisations déjà fondées.

Sûres de leurs expériences et désirant jeter une semence qui rendrait plus fructueuse la récolte, la Fondation Rockefeller et la Croix-Rouge Américaine dépensèrent des sommes importantes. L'effort financier français qui leur répondit, dépassa ce que les esprits les plus optimistes pouvaient prévoir !

C'est ainsi qu'au cours des 5 années de son action, la Mission Rockefeller a dépensé **23.002.091** francs dont environ **3.600.000** francs pour l'enseignement, le placement et les ap-

pointements des visiteuses d'hygiène, plus de **3.300.000** francs pour l'organisation dans les départements, près de **5 millions** et demi pour la propagande d'éducation populaire et plus de **6 millions** pour les démonstrations médicales et sociales de Paris et du département de l'Eure-et-Loir. Le tableau ci-joint donne une idée du concours financier apporté chaque année par la Mission Américaine. (Tableaux, pp. 440 et 452.)

A cela il faudrait ajouter l'apport du Bureau de la Tuberculose, de la Croix-Rouge Américaine en France, qui fut près de **18 millions** de francs au cours des années 1917-18-19, et qui était surtout destiné à l'assistance des tuberculeux et à leur placement dans les hôpitaux, sanatoriums et préventoriums que la Croix-Rouge Américaine a aidé à construire et à aménager. Le rôle de la Croix-Rouge Américaine et les subventions qu'elle accorda, en France, dans la lutte contre la Tuberculose ont été exposés par le Professeur Maurice Letulle, à l'Académie de Médecine, le 23 mars 1920, et dans le *Bulletin du Comité National*, de mars 1920.

Si l'on consulte les tableaux, pages 440 et 452, et le graphique, page 459 on se rend compte, d'une part des dépenses américaines comparées à l'effort financier de la France, et, par ailleurs, quelles sont les parts de l'Etat et des Conseils généraux dans les dépenses engagées contre le fléau, lesquelles deviennent chaque année plus importantes.

Ainsi, on note qu'en 1919, les **5** millions américains ont fait recueillir et dépenser près de **8** millions de francs de la part des organisations françaises; qu'en 1920, les **8** millions américains ont produit un effort français de plus de **36** millions et que depuis lors, l'aide américaine diminuant, l'effort français n'a cessé d'augmenter; en 1921 les organisations françaises ont dépensé plus de **63** millions pour la tuberculose, et en 1922 plus de **44** millions.

Tableau n° 20

DÉPENSES ENGAGÉES contre la TUBERCULOSE dans les DÉPARTEMENTS de FRANCE

Fonds Français de toutes origines

Fonds Américains (Commission Rockefeller, 1919 à 1922, et Croix-Rouge Américaine, année 1919 seulement)

DÉPARTEMENTS	1919		1920		1921		1922	
	Fonds Français	Fonds Américains	Fonds Français	Fonds Américains	Fonds Français	Fonds Américains	Fonds Français	Fonds Américains
Ain	5.000 »	5.000 »					213.450 »	10.000 »
Aisne		13.855 »	420.000 »	90.284 »	405.000 »		10.000 »	
Allier	22.078 »		330.000 »	280.000 »	30.000 »			
Alpes (Hautes)	1.000 »		42.000 »	44.000 »	5.500 »		25.110 »	
Alpes-Maritimes	99.000 »		93.000 »	116.126 »	83.000 »		45.000 »	
Alsace-Lorraine							1.370 000 »	
Ardennes	491 »	491 »	39.500 »	413 494 »	238.000 »		80.000 »	
Ariège			40.000 »		24.566 »		46.136 »	
Aube	104.000 »	34.000 »	58.402 »	1.540 »	25.000 »		38.230 »	
Aude			110.000 »		120.000 »		118.000 »	
Aveyron	2.000 »	195.000 »	195.000 »	507 »	69.000 »		96.884 »	
Belfort (T. de)	30.000 »	3.286 »	88.000 »	51.019 »	197.000 »		47.560 »	
Bouches-du-Rhône	524.000 »	15.230 »	213 000 »	13.605 »	206.180 »		222.216 »	
Calvados	300.000 »	85.000 »	98.930 »	8.367 »	210.000 »		151.997 »	
Charente			40.000 »	65.000 »	39.000 »		41.000 »	
Charente-Inférieure							235.000 »	
Cher	350.000 »		72.000 »		63.000 »		59.229 »	
Corrèze	3.000 »		30.000 »					
Corse	3.000 »		132.000 »	53.509 »	25.000 »		8.000 »	
Côte-d'Or	32.000 »	5.000 »	270.000 »	70.800 »	70.000 »		78.000 »	

Côtes-du-Nord	141,000 »	115,000 »	37,000 »	395,000 »	651,000 »
Doubs	70,000 »	278,000 »		416,000 »	619,000 »
Drôme	20,000 »	8,000 »		22,500 »	126,748 »
Eure	83,910 »	352,800 »	63 432 »	75,000 »	45,500 »
Eure-et-Loir	20,000 »	165,000 »	463,588 »	163,000 »	456,894 »
Finistère	1,200,000 »	1,254,020 »	28,692 »	435,000 »	759,600 »
Gard	90,000 »	62,110 »		60,000 »	419,460 »
Garonne (Haute)	180,000 »	35,542 »		60,000 »	40,000 »
Gironde			128,825 »	87,000 »	547,540 »
Hérault		4,873 000 »	71,064 »	1,356,500 »	2,363,870 »
Ille-et-Vilaine	260,000 »	14,832 »	45,819 »	155,000 »	493,080 »
Indre-et-Loire	240,000 »	6,711 »	1,400,656 »	192,000 »	209,200 »
Isère	10,000 »	25,000 »	75,437 »	17,000 »	464,990 »
Jura				35,500 »	402,275 »
Landes					100,000 »
Loir-et-Cher	105,000 »	96,533 »	3,444 »	48,000 »	83,570 »
Loire	125,000 »	109,303 »		200,000 »	255,000 »
Loire-Inférieure			5,541 »	176,000 »	197,400 »
Loiret				106,000 »	235,607 »
Lot	3,000 »	45,900 »		227,000 »	35,540 »
Lot-et-Garonne	6,000 »	13,000 »		68,000 »	39,659 »
Maine-et-Loire	21,000 »	88,000 »	63,765 »	155,000 »	57,050 »
Manche	270,000 »	45,000 »	7,426 »	115,300 »	416,044 »
Marne		22,404 »	76,772 »	240,182 »	138,000 »
Marne (Haute)	21,000 »	153,000 »	60,000 »	213 657 »	330,000 »
Mayenne	50,000 »	350,000 »	59,000 »	103,600 »	12,000 »
Meurthe-et-Moselle		84,617 »	92,000 »	110,000 »	655,000 »
Meuse	3,000 »	12,978 »	72,893 »	115,000 »	128,000 »
Morbihan	225,000 »	34,444 »	40,987 »	155,000 »	100,000 »
Nievre	421,000 »		65,873 »	505,000 »	506,570 »
Nord	433,000 »	33,098 »	95,550 »	252,000 »	592,892 »
Oise			100,000 »	955,000 »	570,420 »
					48,000 »

(suile)

[illegible]

**Peut-on se déclarer satisfait
de l'effort financier réalisé en France ?
Certainement oui.**

Ressources des Comités départementaux

Nombreux furent les départements ou les comités qui, effrayés de l'instabilité de leur situation financière, montrèrent au début des appréhensions sérieuses sur la continuité de leurs efforts. D'autres comités persuadés qu'il fallait des centaines de mille de francs pour soutenir la lutte n'osaient même pas commencer. Notre confiance dans l'avenir, que nous nous efforcions de faire partager aux comités, fut justifiée ; les moyens financiers actuels sont bien supérieurs à ce qu'on aurait pu escompter, et il n'y a pas d'exemple qu'un dispensaire ayant ouvert ses portes, les ait fermées faute de ressources.

Si les Comités départementaux et locaux sont bien organisés, s'ils rendent les services qu'on attend d'eux, la preuve est faite qu'ils trouvent toujours les moyens de poursuivre leur œuvre.

Mais pour faciliter leur tâche financière, il est nécessaire que leurs relations avec les Conseils généraux, le Comité National et le Ministère de l'Hygiène restent nettement définies.

En principe, les relations financières sont ainsi établies. Tous les Comités locaux d'un département fournissent au Comité départemental leurs prévisions de dépenses sur un type de budget uniforme, tel que celui rédigé par la Mission et qui fut adopté au Congrès de Nantes en 1920 (voir page 67). Les Comités départementaux, après étude des besoins de tous les Comités locaux, transmettent ces prévisions au Conseil général, au Ministère de l'Hygiène et au Comité National, qui leur donneront des subventions.

En outre, pour la construction des sanatoriums, préventori-ums et hôpitaux, ils font appel aux Commissions du Pari-Mutuel et du Produit des Jeux qui siègent au Ministère de l'Intérieur. Au moyen des fonds provenant de ces divers ser-

vices, le Comité départemental garantit l'existence des Comités et dispensaires locaux, c'est-à-dire qu'il couvre les frais fixes du service médical, social et prophylactique, dits *frais techniques*, laissant aux soins des Comités locaux, par l'intermédiaire de leur Commission ou sous-comité de Patronage, d'Assistance et de Propagande, la responsabilité des *frais d'assistance* qui sont élastiques. Il est à remarquer que beaucoup de Comités locaux dépensent encore beaucoup trop d'argent pour l'assistance, au détriment des services de prophylaxie et du service des visiteuses d'hygiène.

D'autre part, beaucoup de malades fréquentant les dispensaires, sont inscrits à l'Assistance médicale gratuite, et un simple virement de fonds sans charges nouvelles, permettra d'équilibrer le budget de certains Comités départementaux. Certains départements même, avec sagesse, ont pris entièrement à leur charge, l'organisation contre la tuberculose et ont incorporé toutes les dépenses de ce fait, dans le budget de l'hygiène et de l'assistance. Pour cette raison, certaines associations départementales privées se sont vues transformées en « offices départementaux » dont les charges financières incombent entièrement au Conseil général.

Un même procédé de virement de fonds ou d'accord, peut intervenir dans les Bureaux de Bienfaisance, comme il a été fait à Lyon et à Nantes où l'Office Central touche une redevance de 100 francs par an, pour chaque tuberculeux et sa famille, envoyés par le médecin du Bureau de Bienfaisance.

Un genre d'abonnement fonctionne avec les meilleurs résultats dans certains départements, tels que Loire-Inférieure, Nièvre, Saône-et-Loire où les firmes industrielles payent aux dispensaires une prime de quelques francs par an et par ouvrier, en échange d'un service complet antituberculeux.

Certaines municipalités, obligées de fournir des bons d'assistance médicale gratuite, ont préféré le système d'abonnement par tête d'habitant : cela assure un revenu fixe aux Comités antituberculeux, et, en fait, constitue pour ces municipalités une économie pour le présent, aussi bien que pour

l'avenir. C'est ainsi que dans le Finistère, où les dépenses des **40** dispensaires antituberculeux se montent à **700 000** francs par an, les communes souscrivent **0,15** centimes par an et par tête de population, soit plus de **120.000** francs par an.

Il y a aussi des applications spéciales de certaines lois ou de certains chapitres du Budget de l'hygiène et de l'assistance, dont il faut savoir profiter. Une somme très importante est votée chaque année par l'Etat pour l'entretien des malades dans les sanatoriums. La loi du 14 juillet 1905, sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, a permis à quelques Comités d'étendre ce bénéfice aux phthisiques incurables. Or, il n'y a pas de maladie, et souvent chez les vieillards, qui soit plus incurable que la tuberculose ?

De même, la loi du 27 juin 1904, sur les enfants assistés, a permis à certains Inspecteurs d'Hygiène avisés, d'obtenir des ressources en faveur de plusieurs catégories d'enfants, surtout pour envoyer dans des préventoriums, aux frais du service des enfants assistés, les enfants des tuberculeux hospitalisés au sanatorium ou à l'isolement dans un hôpital.

L'aide financière des Conseils généraux

Les délégués de la Mission n'ont jamais manqué d'exposer aux Comités les moyens d'obtenir l'aide de l'Etat et des Conseils généraux, et ils ont toujours encouragé l'initiative privée, en particulier les chefs des grandes entreprises et des grandes industries, à faire des dons, leur représentant que l'on ne doit pas se reposer uniquement sur l'Etat. Au fur et à mesure de la consolidation des Comités en province, nous avons observé avec satisfaction l'effort immense des Conseils généraux et de l'Etat.

En 1920, **44** départements de France avaient inscrit à leur budget une somme globale de **8.276.404** francs pour les dispensaires, les sanatoriums et préventoriums.

FONDS FRANÇAIS VOTÉS PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX

pour la lutte antituberculeuse

DÉPARTEMENTS	1919	1920	1921	1922	1923
1. Aisne		20.000 »		53.000 »	76.350 »
2. Allier		20.000 »			
3. Alpes-Maritimes ..	50.000 »	50.000 »	20.000 »	25.000 »	20.000 »
4. Ardennes		4.500 »	120.000 »	30.000 »	30.000 »
5. Ariège			3.000 »	17.000 »	2.000 »
6. Aube	15.000 »	54.102 »	10.000 »	16.000 »	15.000 »
7. Aude		110.000 »	110.000 »	110.000 »	110.000 »
8. Aveyron		150.000 »	34.000 »	34.000 »	34.000 »
9. Belfort (T. de) ..		5.000 »			20.000 »
10. Bouches-du-R. ..		80.000 »	50.000 »	92.000 »	50.000 »
11. Calvados	50.000 »	53.930 »	100.000 »	100.000 »	110.000 »
12. Charente		25.000 »	4.000 »	4.000 »	29.000 »
13. Charente-Inf.				20.000 »	20.000 »
14. Corrèze					300.000 »
15. Corse		96.000 »			25.000 »
16. Côtes-du-Nord ..	95.000 »	60.000 »		25.000 »	45.000 »
17. Côte-d'Or		155.000 »	70.000 »	590.000 »	19.000 »
18. Doubs		70.000 »	56.000 »	70.000 »	60.000 »
19. Drôme		8.000 »	7.000 »	70.000 »	25.000 »
20. Eure		225.000 »	60.000 »	40.000 »	35.000 »
21. Eure-et-Loir			48.000 »	60.000 »	48.000 »
22. Finistère	1.000.000 »	156.285 »	175.000 »	56.000 »	150.000 »
23. Garonne (Hte) ..		50.000 »	50.000 »	50.000 »	50.000 »
24. Gironde	50.000 »	5.000 »	7.000 »	50.000 »	30.000 »
25. Hérault		1.715.000 »	371.000 »	7.000 »	252.000 »
26. Ille-et-Vilaine	110.000 »	59.088 »	65.000 »	1.200.000 »	70.000 »
27. Indre-et-Loire ...			100.000 »	65.000 »	125.000 »
28. Isère		4.000 »		100.000 »	2.000 »
29. Jura		9.000 »	6.000 »	17.000 »	45.000 »
30. Loire		100.000 »	120.000 »	57.000 »	225.000 »
31. Loire-Inférieure ..	250.000 »	50.000 »	50.000 »	225.000 »	38.000 »
32. Loiret		10.000 »	94.000 »	70.000 »	94.000 »
33. Lot		12.000 »	12.000 »	55.000 »	12.000 »
34. Lot-et-Garonne ..		8.000 »	45.000 »	15.000 »	25.000 »
35. Maine-et-Loire ..	11.000 »	45.000 »	45.000 »	45.000 »	45.000 »
36. Manche			101.800 »	101.000 »	100.000 »
37. Marne			150.000 »	144.000 »	40.000 »
38. Marne (Haute) ..	50.000 »	150.000 »	213.000 »	250.000 »	40.000 »
39. Mayenne	50.000 »	350.000 »	103.000 »	103.000 »	
40. Meurthe-et-Moselle			333.000 »	330.000 »	30.000 »
41. Meuse			110.000 »	110.000 »	25.000 »
42. Morbihan	50.000 »		65.000 »	65.000 »	475.000 »
43. Nièvre		82.000 »	475.000 »	481.000 »	712.350 »
44. Nord		40.000 »	40.000 »	146.000 »	100.000 »
45. Oise			1.570.000 »		10.000 »
46. Pas-de-Calais		55.000 »	86.000 »	20.000 »	11.600 »
47. Puy-de-Dôme	60.000 »	50.000 »	50.000 »	50.000 »	50.000 »
48. Pyrénées (Basses) ..			30.000 »	60.000 »	60.000 »
49. Pyrénées (Htes) ..		54.000 »	160.000 »	105.000 »	105.000 »
50. Rhône		53.000 »	56.000 »	50.000 »	110.000 »
51. Saône (Hte)					20.000 »
52. Saône-et-Loire ..	600.000 »	10.000 »	100.000 »		30.000 »
53. Savoie		21.000 »	250.000 »		174.000 »
54. Seine		3.000.000 »	15.400.000 »	15.158.000 »	15.300.000 »
55. Seine-Inf ^{re}	70.000 »	500.000 »	120.000 »	2.900.000 »	1.942.000 »
56. Seine-et-Marne ...		20.000 »	20.000 »	20.000 »	20.000 »
57. Seine-et-Oise		360.000 »	1.030.000 »	960.000 »	600.000 »
58. Somme		25.000 »	4.500 »	4.000 »	40.000 »
59. Tarn		20.000 »			
60. Var		70.000 »	26.000 »	15.000 »	15.000 »
61. Vaucluse		20.000 »	230.000 »	25.000 »	25.000 »
62. Vienne		4.000 »		6.000 »	4.000 »
63. Vienne (Hte)	212.000 »	52.499 »	50.000 »	55.000 »	50.000 »
64. Vosges			25.000 »	30.000 »	75.000 »

PROVENANCE DES FONDS EMPLOYÉS POUR LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN FRANCE PENDANT LES ANNÉES 1919 A 1922

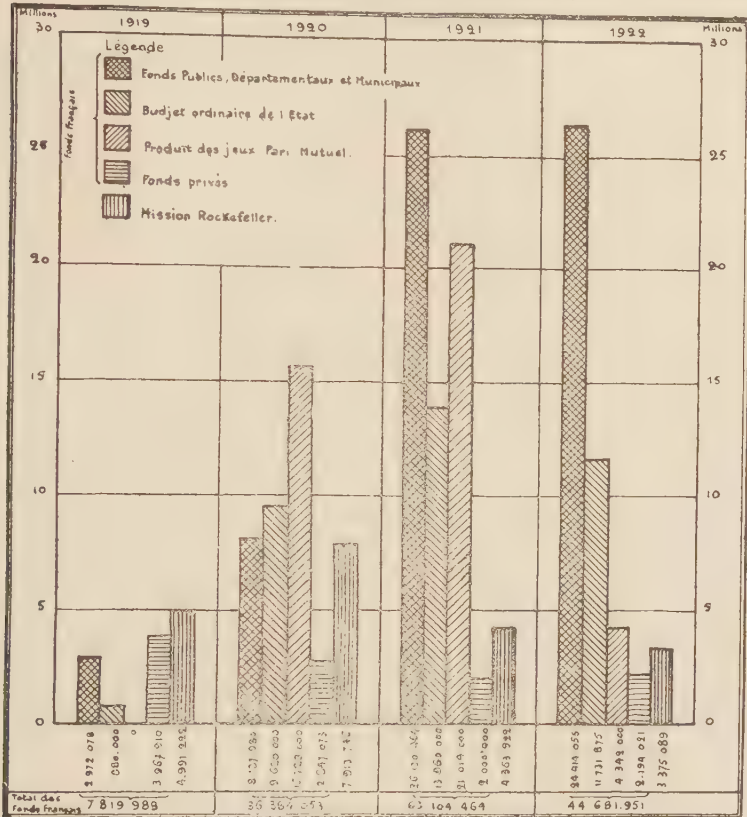


Fig. 104. — GRAPHIQUE F.

Graphique montrant l'effort financier français et la contribution américaine, de 1919 à 1922.

L'apport financier américain agissait comme un ferment, par rapport à l'effort français qu'il suscitait dans de nombreux départements.

On remarquera que le total des fonds français employés pour la lutte antituberculeuse était de 7.819.988 francs en 1919, et de 44.681.951 fr. en 1922.

Et dans ce prodigieux effort, l'on doit noter, ce qui est logique, que la part de l'Etat, des Conseils généraux et des Conseils municipaux, c'est-à-dire les fonds publics, devient de plus en plus importante.

En 1921 et 1922, 73 départements enquêtés peuvent montrer que leurs Conseils généraux ont voté ou dépensé environ 26 millions de la manière suivante :

	1921 (50 départements)	1922 (73 départements)
Pour les dispensaires et laboratoires (construction et entretien) Fr.	11.393.586 »	13.225.717 »
Pour les sanatoriums (construction et installation)..	9.633.622 »	12.154.500 »
Pour les préventoriums	5.103.355 »	308.000 »
Total pour la Tuberculose :	26.130.463 »	25.668,217 »

Afin de souligner l'intérêt que certains Conseils généraux ont manifesté à la lutte antituberculeuse et pour bien exposer l'effort financier français de 1919 à 1923, nous donnons ci-dessous une liste de départements au sujet desquels nous avons pu réunir des indications précises. Se détachent particulièrement, au milieu d'eux : la *Seine*, l'*Hérault*, la *Seine-et-Oise*, le *Finistère*, la *Gironde*, les *Côtes-du-Nord*, le *Doubs*, la *Meurthe-et-Moselle*.

En moyenne, on peut dire que, depuis 1920, les Conseils généraux de la plupart des départements ont contribué pour environ **50** % aux frais de fonctionnement annuels des dispensaires antituberculeux.

L'effort financier de l'État et le budget de l'hygiène

Là aussi, nous affirmerons que l'effort financier a été considérable. Le Parlement français s'est éveillé à la gravité de la situation, et nous voyons que le budget ordinaire de l'Etat, pour la tuberculose, était (tableau n° 24, p. 456) :

En 1920	Fr. 9.620.000	
En 1921	13.960.000	(mais 16.240.000 fr. furent votés.)
En 1922	13.799.000	

En 1923	21.345.000	(dépenses effectuées.)
En 1924	20.709.000	

En 1922, il fut décidé que pour la construction des sanatoriums, l'on puiserait surtout dans les caisses du Pari Mutuel et du Produit des Jeux.

Il fut distribué pour la tuberculose *par les Caisses du :*

<i>Pari Mutuel</i>	<i>Produit des Jeux</i>
En 1921 : 13.751.000 fr.	En 1921 : 7.263.000 fr.
En 1922 : 4.342.000 fr.	En 1922 :

Total des Fonds Français

Le total des Fonds Français provenant surtout de l'Etat et des Conseils généraux, dépensés pour la tuberculose : pour la construction et l'entretien des dispensaires, sanatoriums, laboratoires, écoles de visiteuses d'hygiène, préventoriums fut (tableau n° 22, p. 453) :

En 1920	fr.	36.472.477	»
En 1921	—	61.113.964	»
En 1922	—	44.681.951	»

En 1922, sur les fonds publics, plus de **15 millions** étaient alloués aux sanatoriums ; **19 millions** aux dispensaires et laboratoires ; près de **3 millions** aux préventoriums, et **530.000** francs aux écoles de visiteuses d'hygiène.

Enfin pour terminer cette étude financière, nous examinerons dans le budget de l'Etat, pp. 454 et 455, les chapitres de l'Hygiène et de l'Assistance, de 1919 à 1923, et nous déterminerons ainsi dans quelle direction s'étendit l'effort gouvernemental.

L'analyse des budgets annuels de l'Hygiène et de l'Assistance, exposé au tableau n° 23, page 454, montre que l'augmentation des dépenses pèse particulièrement sur les chapitres des habitations à bon marché, de protection de l'enfance,

comprenant les questions de maternité et de la repopulation, ainsi que sur la défense contre la tuberculose.

Les divers chiffres passés en revue dans ces pages, témoignent d'une résolution ferme de la part de tout le pays pour s'organiser et combattre la propagation du fléau. Telles sont aussi les raisons pour lesquelles nous sommes optimistes sur l'avenir financier de l'organisation antituberculeuse. **La France a plus accompli dans cette voie que n'importe quel autre pays depuis 1918.** L'effort ne doit pas être relâché.

Le nombre de dispensaires antituberculeux s'étant accru de plus de 150 unités, depuis 1922, le crédit de **7 millions** voté par l'Etat pour les dispensaires, laboratoires et écoles de visiteuses d'hygiène, est devenu (1924) totalement insuffisant. Malgré l'effort financier méritoire de la plupart des Conseils généraux et de l'initiative privée, si ce crédit pour les dispensaires n'est pas porté à **10 millions** au moins, ce sera à brève échéance la désorganisation et peut-être la mort de nombreuses institutions de défense antituberculeuse.

« Les conséquences de l'abandon de la lutte antituberculeuse sur notre territoire seraient d'autant plus désastreuses que notre natalité ne cesse de s'abaisser quelque peu chaque année. Les milliers d'existences sauvées grâce au développement de l'Hygiène sociale et plus spécialement de la lutte antituberculeuse, contrebalançaient heureusement cet affaïssissement de notre natalité. Allons-nous perdre ce bénéfice pour réaliser une économie de 3 millions sur le budget de l'Etat ? Ce serait là une économie désastreuse pour le pays. » (1)

« **Persévérer, coordonner, perfectionner** », telle est aujourd'hui la devise qui garantira à la France, en peu d'années, l'une des premières places parmi les nations les mieux armées contre la tuberculose, et, en conséquence, qui sauvera des milliers de vies françaises.

(1) M. de Guébriant, Président du Comité antituberculeux du Finistère, membre du Conseil de Direction du Comité National.

Tableau n° 22

PROVENANCE DES FONDS FRANÇAIS

dépensés pour la lutte contre la tuberculose (1)

De 1919 à 1922 inclus

Années	Fonds publics départementaux et municipaux	Budget ordinaire de l'Etat	Produit des Jeux Pari mutuel	Fonds privés (incomplets)	Total par année
1919	2.972.078	880.000		3.967.910	7.819.988
1920	8.187.980	9.620.000	15.729.000	2.847.073	36.384.053
1921	26.130.161	13.960.000	21.014.000	2.000.000	63.104.161
1922	26.114.055	11.731.675	4.342.000	2.194.021	44.681.751
TOTAL..	63.704.577	36.191.875	41.085.000	41.009.004	151.990.456.

(1) Voir aussi le graphique F, page 459.

Tableau n° 23

ANALYSE DES BUDGETS ANNUELS DU MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE de 1919 à 1923. (Chapitres de l'Hygiène et de l'Assistance.)

<i>Budget :</i>	1919	1920	1921	1922	1923
Dépenses ordinaires	107.038.711 »	142.649.952 »	224.742.001 »	230.866.723 »	264.845.667 »
Dépenses extraordinaires (augmentation de salaires et allocation de vie chère).		93.446.240 »	65.547.618 »	65.518.600 »	125.601.899 »
Total, Francs	107.038.711 »	236.096.192 »	290.289.619 »	296.385.323 »	390.447.566 »

Le budget a donc quadruplé depuis 1919.

<i>Chapitres :</i>	1919	1920	1921	1922	1923
A. Administration générale et divers	8.059.301 »	7.530.392 »	7.648.631 »	7.724.475 »	
B. Protection de l'enfance (Maternité, Natalité). En- fants assistés	9.741.497 »	17.400.000 »	52.800.000 »	56.850.000 »	73.450.000 »

C. Tuberculose. Dispensaires, sanatoria, laboratoires, visiteuses d'hygiène, etc...	870.000 »	9.620.000 »	16.240.000 »	8.240.000 » (1)	12.500.000 » (1)
D. Assistance générale : familles nombreuses, infirmes, vieillards, incurables, assistance médicale gratuite, sourds-muets, aveugles. Majoration temporaire des allocations	82.398.113 »	178.579.200 »	168.404.488 »	173.800.300 »	208.120.000 »
E. Hygiène et sanitation générale	805.000 »	805.000 »	2.005.000 »	1.405.000 »	2.500.000 »
F. Subventions et contribution pour habitation à bon marché	1.894.800 »	18.271.600 »	38.291.500 »	41.865.550 »	43.621.000 »
G. Les aliénés	2.500.000 »	3.890.000 »	3.400.000 »	5.000.000 »	5.000.000 »
H. Sociétés de Secours Mutuels					7.350.000 »
I. Maladies vénériennes	800.000 »		1.000.000 »	1.000.000 »	3.000.000 »
Total	107.038.711 »	236.096.192 »	290.289.619 »	296.385.323 »	355.541.000 » (incompl.)

(1) Ces sommes sont celles indiquées au budget, mais les dépenses réellement effectuées ont pu être plus ou moins augmentées selon les besoins; par exemple, pour la tuberculose, l'Etat a dépensé plus de 21 millions tandis que seulement 12.500. avaient été votés dans le budget en 1923.

Tableau n.º 24
LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Dépenses effectuées par l'État de 1922 à 1924 inclus (1)

CHAPITRES	EXERCICE 1922	EXERCICE 1923	EXERCICE 1924
1. Dispensaires (fonctionnement)	2.724.000 »	4.557.000 »	4.430.000 »
2. Dispensaires (aménagement)	néant	800.000 »	80.000 »
3. Ecoles d'infirmières (fonctionnement)	151.000 »	336.000 »	377.000 »
4. Laboratoires de bactériologie	628.000 »	804.000 »	762.000 »
5. Œuvre Grancher (fonctionnement)	400.000 »	540.000 »	540.000 »
6. Divers (fonctionnement)	226.000 »	848.000 »	1.020.000 »
7 Assistance aux tuberculeux (frais d'entre- tien de malades dans les sanatoriums, frais de transports, etc.)	5.670.000 »	8.460.000 »	8.500.000 » les dépenses ne sont pas entièrement liquidées
8. Aménagement des sanatoriums	4.000.000 »	5.000.000 »	5.000.000 »
Totaux	13.799.000 »	21.345.000 »	20.709.000 »

(1) Voir le texte page 460.

Statistique financière

Combien coûte à un pays les décès par tuberculose, maladie évitable ?

L'on peut évaluer les pertes causées par la tuberculose en évaluant la durée moyenne de la vie d'une population, durée diminuée par le fait de cette maladie. Dublin et Haven Emerson considèrent la diminution causée par la tuberculose dans le cycle de la vie de chaque individu et sous les conditions actuelles de la mortalité générale, à deux ans et demi, d'après les études faites aux Etats-Unis. En France, puisque la fréquence de la tuberculose est plus grande c'est plutôt de trois ans qu'est diminuée la vie totale de la population, du fait de cette épidémie constante.

Aux Etats-Unis, statisticiens et économistes fixent à 100 dollars le dommage causé à la richesse nationale par la perte d'une année de vie d'un de ces individus. La tuberculose diminuant de 2 ans et demi la vie de la population *entière*, cela enlève donc à la richesse du pays 250 dollars pour chaque individu, soit pour les 108.468.000 habitants des Etats-Unis une somme de \$: **27.125.000.000**. Mais cette somme est répartie sur la période entière de la vie de la population — et comme la durée de la vie aux Etats-Unis est approximativement de 52 ans, les pertes d'une seule année (1922 par exemple) dues à la tuberculose ont été de $1/52^{\text{me}}$ du chiffre ci-dessus, soit \$: **521.635.615**.

En France, en estimant la population à environ 40 millions d'habitants, et la valeur d'une année de vie, seulement à 500 francs, les 2 ans et demi de vie enlevés à la population entière, se chiffrent par une perte totale minimum de **50.000.000.000** de francs.

La durée de la vie en France, supposée à 50 ans, les pertes causées par la tuberculose seulement pendant une année, seraient de **1.000.000.000** de francs.

Pour être plus exact, il faudrait ajouter à ce déficit déjà

formidable, les frais occasionnés par les soins donnés à tous les tuberculeux annuellement. A New-York, ces frais sont estimés à \$: 1.500 par tuberculeux, et comprennent soins, surveillance, hospitalisation, préservation.

En France, considérant en chiffres ronds, un minimum annuel de 100.000 décès par tuberculose et en estimant à 2.000 francs les frais occasionnés par cette maladie, soins, assistance médicale, gratuite ou non, hôpital, cela fait un chiffre supplémentaire de **200.000.000** de francs.

Ceux qui ont étudié les budgets de l'assistance et de l'hygiène dans les départements, se sont rendu compte des sommes incroyables dépensées annuellement pour l'assistance médicale gratuite, dont une proportion importante, dans la plupart des départements, est portée au compte de la tuberculose. Et chaque année, on discute comment diminuer ces dépenses qui grèvent toute la population.

Le meilleur moyen n'est-il pas de dépenser pour l'hygiène générale et la préservation antituberculeuse : propagande, visites d'hygiène, dispensaires, sanatoriums, hôpitaux ? C'est un placement qui se traduira en peu d'années par une vie plus longue, moins de décès, moins de périodes de maladie et d'invalidité, moins de dépenses pour l'assistance médicale gratuite.

C'est ainsi que le D^r Hermann Biggs, premier directeur de la Santé Publique de New-York, a exprimé cette idée par une phrase devenue maintenant une devise : « *La santé publique s'achète. Dans les limites naturelles de la vie humaine, un pays peut déterminer son propre taux de mortalité, d'après son effort financier et organisateur.* »

Que coûte une organisation de préservation efficace ?

A New-York, avec tous les problèmes et les difficultés d'une ville à quartiers populeux, de races mélangées, le traitement, la préservation, l'éducation contre la tuberculose, peuvent être accomplis aussi efficacement qu'à Framingham

(Massachussets), au prix de \$: **2.40** par tête d'habitant et par an.

*En France, les données de notre expérience en Eure-et-Loir, montrent qu'une organisation générale antituberculeuse, coûte environ **10** francs par tête d'habitant, pour les frais de premier établissement des dispensaires, sanatoriums et hôpitaux; et environ **3** francs par tête d'habitant et par an pour les frais de fonctionnement de ces institutions. Si une commune ou un département désire faire un tel effort financier pendant 10 années consécutives, et s'organiser selon les méthodes exposées dans cette thèse, elle peut être assurée d'avance d'une forte diminution de la mortalité.*

Pour la France entière, il faudrait donc un effort financier annuel d'environ **120** millions de francs pour le fonctionnement de son armement antituberculeux complet, mais il est évident que cette somme n'est pas nécessaire immédiatement puisque l'organisation complète et suffisante de tous les départements n'est à peine qu'à moitié réalisée.



RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS



De ce long travail dont nous avons tâché d'éclairer chaque détail utile, qu'allons-nous conclure ?

Il résulte d'abord, de cette étude même, que la France est un des pays du monde où la mortalité générale est la plus élevée et où, par conséquent la durée moyenne de la vie est la moins longue. Si l'organisation sanitaire du pays était mieux comprise, plus complète et plus effective, les causes de cette forte mortalité se trouveraient en grande partie évitées. Quand la France emploiera les mêmes mesures sanitaires que les autres pays, elle réduira, elle aussi, le fléau et même l'un des buts qu'elle poursuit sans résultats encore appréciables sera atteint : sa natalité s'accroîtra du fait qu'elle aura enrayé sa forte mortalité générale.

La mortalité infantile et la tuberculose sont les causes principales de ce funeste état de choses. La tuberculose, maladie évitable, enlève, à elle seule, une personne sur six, dans la France entière, une sur quatre, dans la plus grande agglomération : Paris. Depuis la guerre, ces proportions ont plutôt augmenté que diminué. Elles sont d'autre part, au-dessous de la vérité, car environ 23 % des décès en France, sont encore enregistrés sous la rubrique « causes inconnues ou mal définies » !

*
* *

Contre ces ravages incroyables qu'existait-il avant la guerre ? Qu'existait-il même en 1917 ?

Des efforts méritoires mais isolés, sans coordination entre eux, ni plan d'ensemble. La France comptait **23** dispensaires, bien peu de laboratoires, au plus **2.000** lits pour tuberculeux, en 1913 et environ **6.000**, en 1917, dont la plupart pour des militaires, de très rares services d'isolement hospitalier, aucun système généralisé de visites prophylactiques à domicile; la visiteuse d'hygiène professionnelle n'existait pas, la propagande dont les peuples anglo-saxons se servent avec tant de fruit était presque inconnue, et il n'y avait aucune organisation départementale solide et permanente.

C'est alors que la Fondation Rockefeller, qui se consacre au bien-être de l'humanité, émue de la situation critique d'une nation amie et alliée, dans un esprit de sympathie et d'apostolat, résolut de mettre à la disposition de la France une aide financière importante, le dévouement inlassable et l'expérience précieuse de ses membres. Nous l'avons dit, c'est en 1917 que débarqua la Mission de préservation. Qu'il nous soit encore permis de retracer les grandes lignes de son œuvre car nous établirons ainsi, en face de ce qu'elle trouvait, ce qu'elle a laissé, c'est-à-dire la somme des réalisations accomplies, des méthodes nouvelles qu'elle a intronisées, des idées et des plans d'avenir fournis par elle, dont l'effet se poursuit et s'augmente au cours des années, comme une traînée de feux jaillit d'une première flamme.

La Mission Rockefeller suscita l'effort français. Elle l'éduqua, l'aida et l'unifia dans un plan d'organisation pratique. Premier point sur lequel on ne saurait trop insister : elle montra surtout le véritable objet de la lutte antituberculeuse : *la préservation contre la contagion*.

Répetons-le. Pour atteindre ce but, elle élaborait un programme complet d'action locale, départementale et nationale; elle amorça la lutte en développant les organismes locaux et départementaux permanents, surtout en instituant de nombreux dispensaires spécialisés dont elle facilita financièrement les débuts, et en préparant le personnel spécialisé permanent, médecins et visiteuses, pour les faire fonctionner.

L'éducation antituberculeuse de tous, grand public, organisateurs, médecins, législateurs, commença, et cet ensemble fut rattaché à un organisme central, national, appelé à continuer l'action de la Commission Rockefeller.

Mais, à notre avis, la partie essentielle et originale de l'œuvre américaine, c'est que, tandis que les efforts avaient été jusqu'ici limités sur certains points, et dispersés, la Mission Rockefeller étudia et mit au jour un plan efficace d'organisation départementale. Il englobait non seulement les villes mais jusqu'aux plus petites agglomérations, dans les milieux ruraux les plus abandonnés. Les réalisations obtenues dans l'Eure-et-Loir, l'Hérault, le Finistère (qui est peut-être une des organisations les plus complètes et les plus avancées du monde entier) montrent bien la haute valeur de ce système. En outre, les dispensaires développés grâce à notre aide, durent se conformer à un schéma d'outillage, d'organisation et de fonctionnement administratif et technique qui leur donna l'assiette solide et durable qu'ils gardent, et cette unification de la méthode de travail, fruit d'une longue expérience, fut une des plus heureuses innovations de la Mission Rockefeller. Systématiquement appliquée, cette réglementation a fait ses preuves, car non seulement elle s'est maintenue mais elle s'affermi chaque jour.

Le système des fiches médicales et des fiches sociales, des registres et des rapports mensuels, des formules de budget, actuellement en usage dans toute la France, procède directement de celui qu'introduisit la Mission. Il en est de même en ce qui concerne la création du fichier central départemental et d'un bureau national centralisateur de ces statistiques.

*
* *

Ces organisations n'atteignaient leur plein rendement que pourvues d'un personnel technique stable, compétent, spécialement formé et rétribué pour donner tout son temps : visiteuses d'hygiène, médecins spécialisés, secrétaires permanents, assistantes sociales.

Pour cela, la Mission acclimata en France l'idée des carrières sociales qui forment ce personnel, et (ajoutons ce détail d'ordre économique dont l'importance n'échappera à personne) qui ouvrent une voie utile et fructueuse à l'activité féminine. C'est la Mission Américaine qui a doté la France de la plupart de ses premières visiteuses d'hygiène. Elle a facilité matériellement et moralement la fondation et le développement de sept écoles de visiteuses d'hygiène et elle en a tout de suite assuré le recrutement par l'octroi de nombreuses bourses d'études. Elle a contribué de la même façon à l'organisation des cours de perfectionnement sur la tuberculose, qui ont rencontré le succès près du corps médical. C'est elle enfin qui a fait prévaloir pour le service médical des dispensaires et centres antituberculeux qu'elle subventionna, le choix de médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle et consacrant tout leur temps à l'action des Comités auxquels ils sont attachés. 23 départements de France ont déjà adopté ce mode de service médical antituberculeux. Des cadres spéciaux furent créés pour assurer le contrôle technique de cet ensemble.

Enfin la propagande, dont nous parlions plus haut, ne fut pas négligée. Des méthodes de publicité et des moyens de propagande éducative intensive, appliqués dans toute la France, éveillèrent dans la population la crainte du péril menaçant en même temps qu'ils généralisaient la connaissance des plans et moyens de préservation et déterminaient un mouvement d'opinion dont les répercussions sur l'hygiène générale devaient être considérables.

*
* *

Quels furent les résultats réels de ce labeur prolongé pendant cinq années ? Nous les énumérons ici.

Au 1^{er} janvier 1923, 79 départements de France possédaient une organisation permanente de lutte antituberculeuse ; 61 d'entre eux furent organisés par l'initiative ou l'aide financière de la Mission et acceptèrent le plan d'action complet qui leur avait été proposé. Ils avaient été visités par les délégués de

la Mission ou soumis à leurs enquêtes. En d'autres termes, dans **82 %** du pays, la lutte est amorcée d'une manière effective.

Dans ces **79** départements, l'évolution des dispensaires suivit une progression constante; il y en avait **23** en 1917, lors de l'arrivée de la Mission, **60** en décembre 1918, **128** en 1919, **271** en 1920, **373** en 1921, **421** en 1923 dont **265** créés sous l'impulsion et avec la coopération de la Mission, **498** au 31 décembre 1923.

Pendant la dernière année de l'action américaine, c'est-à-dire en 1922, les **267** dispensaires avaient suivi **83.882** consultants dont **35.000** tuberculeux.

267 visiteuses d'hygiène professionnelles et visiteuses en chef, diplômées d'une école reconnue par la Mission et par le Comité National, parcourent ces départements et sont attachées à ces dispensaires. **700** bourses furent accordées par la Mission dans les 7 écoles d'infirmières et dans les centres d'enseignement qu'elle forma et d'où sortirent diplômées, plus de **400** visiteuses.

Sur les **421** dispensaires existant au début de 1923, **265** fonctionnaient selon des méthodes médicales, sociales et administratives uniformes, avec le système de fiches, dossiers, registres, et rapports mensuels préconisé par la Mission. Dans onze départements, un fichier central médical a été installé.

198 médecins de province sont venus suivre les cours de perfectionnement sur la tuberculose organisés sous les auspices de la Mission. **38** médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle et donnant tout leur temps sont employés dans **23** départements où ils mettent en pratique les idées modernes de préservation antituberculeuse.

Les cinq équipes ambulantes de la propagande ont fouillé **65** départements de France, visité **1.338** villes où elles ont parlé devant **3 millions** de personnes, comptant pour moitié les enfants des écoles. Plus de **15 millions** de brochures et imprimés furent distribués.

Pour l'ensemble de ce travail, la Commission Rockefeller dépensa plus de **23 millions** de francs.

L'effort financier français répondant à l'apport américain n'a pas été moins remarquable. Les Conseils généraux saisis des programmes proposés, ont voté, dans **44** départements, en 1920, une somme de **8 millions 187.980** francs; plus de **26 millions**, en 1921, dans **50** départements; environ **25 millions**, en 1922, dans **75** départements

L'Etat de son côté a montré son ferme désir de lutter par les sacrifices financiers qu'il a consentis et qui lui ont fait octroyer à la défense antituberculeuse plus de **9 millions** en 1920; près de **14 millions** en 1921; plus de **12 millions** en 1922;

Le total des fonds de toutes provenances françaises est l'indice le plus probant de l'importance de l'effort donné; il se monte à plus de **36 millions** en 1920, à plus de **61 millions** en 1921, à près de **45 millions** en 1922.

*
* *

Comparons maintenant cet armement antituberculeux à ce qu'il devrait être pour atteindre son maximum d'efficacité.

Nos études détaillées au cours de ces lignes, sur les besoins du pays entier et de chaque département, montrent :

1° Qu'il faudrait en France un minimum de **63.000** lits d'isolement pour tuberculeux dans les hôpitaux, alors qu'il n'en existe à peine que **7.000**.

2° Les sanatoriums doivent comprendre plus de **42.000** lits, alors qu'ils n'en comptent à peine que **20.000**, dont **12.000** seulement pour la tuberculose pulmonaire.

3° Le pays devrait posséder un minimum de **825** dispensaires ou centres antituberculeux; le nombre en fonctionnement au 1^{er} janvier 1924, atteint tout juste **500**.

4° Quant aux visiteuses d'hygiène, qui sont environ **500** uniquement pour la tuberculose, il en faudrait au moins, **4.000** pour assurer les divers services d'hygiène sociale, une visi-

teuse pour chaque tranche de 10.000 habitants, étant un minimum pour l'avenir.

Nous avons calculé qu'il doit exister en France un minimum d'environ 400.000 tuberculeux en évolution active et environ deux fois autant de tuberculeux ayant une lésion arrêtée dans son évolution, soit 1.200.000.

Au 1^{er} janvier 1924, la vaste machine antituberculeuse exposée ci-dessus a dépisté et surveillé environ 90.000 tuberculeux, soit 22 % du chiffre minimum qu'elle doit atteindre, connaître et surveiller.

Pour mesurer les résultats accomplis, il ne suffit pas de donner le nombre de dispensaires et de comités en fonctionnement; le rendement réel en vies sauvées, déjà effectif, ne pourra pas se traduire par des chiffres importants avant plusieurs années. De plus, l'impulsion a été donnée, non seulement en matière de tuberculose, mais aussi dans toutes les questions d'hygiène sociale et de santé publique. Bien des projets visant l'amélioration de l'hygiène, la création d'autres œuvres et services, tels que la protection de l'enfance, l'inspection scolaire, l'inspection départementale d'hygiène, les laboratoires de bactériologie ont été déclanchés par ce mouvement d'opinion. La France entière s'est éveillée devant l'urgence de la tâche et a réalisé les possibilités des résultats que peuvent donner *un programme constructif général pour la préservation de la santé.*

Donc, nos espérances les plus optimistes étaient justifiées, La Mission a cessé son action le 1^{er} janvier 1923, après avoir transféré ses services au Comité National de Défense contre la Tuberculose, pleinement satisfaite d'avoir atteint le but qu'elle s'était marquée, et confiante dans l'avenir comme dans la solidité de l'édifice qu'elle a contribué à bâtir. Si les progrès de la lutte sont aussi rapides au cours des cinq années qui vont suivre la France sera devenue un des pays les mieux organisés contre le fléau de la tuberculose.

*
* *

Nous voudrions encore, en terminant, dégager certaines remarques et certaines conclusions particulières qu'il nous paraît bon d'exposer ici.

La preuve est fournie qu'il est économiquement possible de faire du dispensaire le centre de l'activité antituberculeuse, même dans les départements les plus ruraux. L'arrondissement plutôt que le canton, sera pris comme unité d'organisation. Il importe d'étendre à la France entière le réseau des dispensaires, et de perfectionner constamment leur fonctionnement. Selon la conception plus moderne, mieux outillé, perfectionné au point de vue administratif et technique, mieux coordonné dans son action, le dispensaire dépasse le cadre d'autrefois, devenant non seulement un cadre de défense antituberculeuse, mais aussi de l'hygiène, des mesures préventives : en un mot *un véritable centre de médecine et d'hygiène sociales*.

Il y a lieu de souligner que certains dispensaires ont encore tendance à oublier leur rôle essentiellement prophylactique et de se considérer avant tout, comme des organismes de bienfaisance ou d'envois d'enfants à la campagne.

Disons aussi que l'outillage technique d'un certain nombre de dispensaires n'est pas aussi complet qu'il conviendrait, particulièrement en ce qui concerne les services de bactériologie, radiologie, laryngologie et stomatologie.

Le dépistage des malades demanderait à être intensifié dans beaucoup de départements et selon les directives exposées au cours de ce travail. Il ne faut pas perdre de vue que les points essentiels du problème consistent non seulement à dépister des tuberculeux que l'on surveillera, mais encore à *multiplier les diagnostics précoces* qui seuls permettent d'arriver à des résultats thérapeutiques vraiment efficaces et à consolider d'autant mieux la prophylaxie de l'avenir.

Trop fréquemment, les malades arrivent au médecin alors qu'il est déjà trop tard, et cela pour bien des maladies autres

que la tuberculose. On attend alors de lui, l'impossible. Nous estimons à cet effet, que le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic précoce serait d'instituer et de généraliser des consultations périodiques, ouvertes gratuitement, uniquement dans un but de diagnostic, à tous ceux qui désireraient être fixés sur l'état de leur santé; ces consultations seraient pourvues de toutes les ressources scientifiques actuelles. De tels examens, qui ont lieu actuellement bien que sous une forme rapide, aux Conseils de Révision, et qui tendent à se généraliser dans les écoles, devraient être systématiquement facilités et appliqués dans toutes les collectivités telles que : usines, grandes administrations, grands magasins, fonctionnaires de l'Etat, etc.; ces consultations seraient instituées à l'entrée dans ces services et périodiquement ensuite. Des expériences de ce genre faites aux Etats-Unis ont été tout à fait concluantes.

*
* *

L'organisation du service médical des établissements antituberculeux subit dans l'ensemble de la France, une heureuse évolution. La Mission a beaucoup travaillé dans ce sens par la création de postes de médecins spécialisés ne faisant pas de clientèle; par l'organisation des cours médicaux de perfectionnement dans les Facultés, ainsi que par l'établissement des règles de fonctionnement médical des Comités antituberculeux.

Une direction et un contrôle technique provenant d'un organisme central dûment qualifié, s'exerçant sur toutes les institutions antituberculeuses, est indispensable et réclamé. Cette surveillance technique doit être poursuivie d'une part, par le Comité départemental, d'autre part par le Ministère de l'Hygiène qui octroie les plus grosses subventions et qui est seul qualifié pour le faire. Ce service d'inspection technique qui a été commencé par la Mission Américaine, en 1921, d'accord avec le Ministère de l'Hygiène et le Comité National demande à être continué et perfectionné. C'est le seul moyen de conserver l'unité de méthode des statistiques, et de coordonner plus encore l'action des nombreuses institutions privées.

L'extension de la lutte antituberculeuse dans les milieux ruraux, qui sont beaucoup plus atteints qu'on ne pourrait le croire, est essentiel. Cela ne peut être accompli que par un service rural tel qu'il existe dans le Finistère, dans l'Hérault, dans l'Eure-et-Loir, mais pour le réaliser, il faut un très grand nombre de visiteuses d'hygiène. L'insuffisance du nombre de visiteuses professionnelles disponibles est encore la raison qui entrave le plus l'extension de l'action antituberculeuse. Tous peuvent aider à un recrutement plus considérable de candidates aux écoles de visiteuses.

*
* *

Il ressort de toutes nos enquêtes que l'hospitalisation des tuberculeux et leur isolement dans des salles ou des pavillons spéciaux dans les hôpitaux généraux ou dans des hôpitaux-sanatoriums spécialisés, *est encore le point faible de l'organisation française*. On ne saurait assez signaler l'urgence, nous disons même, l'obligation qu'il y aurait pour chaque département, ou chaque arrondissement à avoir un nombre de lits minimum d'hospitalisation. Résultat qui peut être obtenu sans faire nécessairement des constructions nouvelles ni engager des dépenses importantes, mais par une réorganisation des services et hôpitaux existants, par l'intervention ferme de l'inspecteur de l'administration centrale et un contrôle régulier des différents hôpitaux.

La formule d'obliger un département à établir pour les tuberculeux, un nombre de lits égal au nombre annuel de décès par cette maladie, est excellente, désirable et urgente. Le procès de la contagion tuberculeuse dans les services hospitaliers a d'ailleurs été fait au complet par le Professeur Widal, à l'Académie de Médecine, dès le 28 janvier 1913. « Un jour viendra, dit-il, où on se demandera avec effroi, comment on a pu pendant si longtemps, laisser dans nos salles d'hôpital des tuberculeux en promiscuité avec les autres malades ! »

Et l'Académie de Médecine, sur sa proposition a émis le vœu que : « Lors de la construction de tout hôpital nouveau

sur le territoire français, des quartiers bien isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit servir. »

Nous ne saurions trop souligner ces paroles et souscrire à cet avis, et espérer aussi la promulgation d'une telle loi, qui serait la sauvegarde de l'avenir.

*
* *

Enfin pour terminer, répétons que le système de statistiques sanitaires français, concernant la déclaration des causes des décès ainsi que la déclaration de certaines maladies, comporte de grosses lacunes. Les solutions préconisées à cet effet au cours de cette thèse, pourraient contribuer à améliorer dans une forte mesure le système actuel. La déclaration obligatoire de la tuberculose qui existe dans la plupart des pays, doit toujours constituer la base de l'organisation de défense.

Le fichier médical, tel qu'il fut institué par la Mission Américaine, a déjà comblé une grande lacune dans l'organisation actuelle. Nous avons pensé qu'un jour tous les départements auraient un fichier médical et que l'ensemble de ces fichiers fourniraient les éléments d'une statistique nationale indispensable dans un pays où la déclaration de la tuberculose trouve encore et à tort, tant d'opposition.

Ici encore, nous tenons à souligner l'avis émis par l'Académie de Médecine (le 1^{er} juillet 1913), sur la question de la déclaration de la tuberculose, après le remarquable rapport du Professeur Letulle et ses conclusions amendées par MM. Roux, Vaillard, Landouzy et Richet, et complétées par le Professeur Vidal qui proposa la clause concernant l'isolement hospitalier :

1° Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose bacillaire ouverte soit obligatoirement déclaré, sitôt le diagnostic établi.

2° La déclaration sera adressée à un médecin sanitaire, tenu au secret professionnel, et qui veillera à l'exécution des mesures de

prophylaxie lorsque celles-ci ne sont pas assurées par le médecin traitant;

3° La déclaration entraîne l'obligation, par les pouvoirs publics, de procurer aux tuberculeux nécessiteux les soins que réclame leur état ainsi que l'assistance à leurs familles;

4° Lors de la construction de tout hôpital nouveau sur le territoire français, des quartiers bien isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit servir.

L'armement antituberculeux français est déjà suffisamment développé, et l'éducation générale assez faite pour qu'il ne soit plus mis de retard à l'application d'une loi sur la déclaration obligatoire, disons même une loi spéciale sur la tuberculose, aujourd'hui plus que jamais désirable et urgente.

*
* *

Mais toute cette vaste machine maintenant mise en mouvement, périlitera et l'effort national se ralentira, si une aide morale et continue ainsi qu'un appui matériel et technique, ne sont pas constamment apportés aux Comités départementaux dont beaucoup même n'ont réalisé encore qu'une partie de leur programme d'ensemble. Ce n'est pas tant l'argent qui manque que des services professionnels expérimentés, des conseils techniques, une direction départementale et nationale. *L'effort de 1918 à 1923, ne doit pas se relâcher.*

Du reste, le Comité National de Défense contre la Tuberculose qui a hérité des services de direction et de surveillance organisés par la Mission Américaine et du personnel qu'elle a formé, est tout à fait en mesure de poursuivre la tâche. Que tous se groupent autour de lui pour le soutenir et l'aider; il deviendra ainsi de plus en plus l'émanation même des Comités départementaux et leur premier agent de coordination.

Toutefois, la préservation de la santé publique n'incombe-t-elle pas en premier lieu à l'Etat? La création récente du Ministère de l'Hygiène, l'effort de coordination des bureaux s'occupant de tuberculose dans les divers Ministères, font es-

pérer que ce Ministère, centralisateur des statistiques et des rapports, dispensateur des subventions, prendra de plus en plus la direction de la défense nationale de la santé publique et la surveillance technique et budgétaire des nombreux organismes antituberculeux.

Le problème de la tuberculose a cela de particulier qu'il se trouve nécessairement lié au problème de la santé publique, et toute mesure prise contre la tuberculose est, de fait, en observer au cours de nos nombreuses enquêtes, que trop peu faveur de l'hygiène générale. Nous avons été amenés à de départements encore et de villes françaises ont une administration sanitaire coordonnée et bien dirigée. C'est pourquoi, nous préconisons avec insistance, une organisation sanitaire départementale effective, reliée à l'administration centrale de l'Etat et dirigée par un Directeur départemental de l'hygiène dans chaque département. Pour cela, comme pour bien d'autres améliorations, il serait bon qu'un plan départemental fût mis au point, une révision des divers textes législatifs sur la santé publique faite, la coordination rendue réelle entre l'hygiène sociale et l'assistance, et qu'un grand nombre d'hygiénistes dûment qualifiés, fût formé.

*
* *

La mortalité par tuberculose et la mortalité générale ont diminué dans tous les pays bien outillés, sans que ces résultats puissent être attribués à une question de chance ou d'immunité particulière; ils sont fonction d'une bonne organisation et d'un effort prolongé. Cet effort immense, la France le donne depuis 1918. L'on est donc en droit de rester optimiste et de croire que les sacrifices de l'Etat, des Conseils généraux, des communes et de l'initiative privée ne seront pas vains. On dépense actuellement en France contre la tuberculose plus d'un franc par tête d'habitant, néanmoins il faudrait encore cinq fois davantage. Souvenons-nous qu'il n'y a pas de placement

plus avantageux pour un pays que celui qui est destiné à conserver la santé publique.

« *Persévérer, coordonner, perfectionner* », est la devise qui assurera à la lutte engagée, le succès que la France en attend.

VU : *Le Président de la Thèse,*

P^r WIDAL.

VU : *Le Doyen,*

H. ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

LISTE DES ILLUSTRATIONS ET DES TABLEAUX



CHAPITRE I

	Pages
Fig. 1. — Photographie des membres de la Mission Rockefeller	6
Fig. 2. — Le D ^r Livingston Farrand	10
Fig. 3. — Le D ^r James Alexander Miller	11
Fig. 4. — Le P ^r Selstrar M. Gunn	14
Fig. 5. — Le D ^r Alexandre Bruno	15

CHAPITRE II

Fig. 6. — L’Affiche « l’Aigle Boche sera vaincu »	25
---	----

CHAPITRE III

Fig. 7. — Carte de l’organisation d’Eure-et-Loir	26
Fig. 8. — La Propagande éducative à Dreux	30
Fig. 9. — Chartres : Un coin du dispensaire	31
Fig. 10. — Chateaudun : Le dispensaire central	32
Fig. 11. — Cloyes : Le dispensaire franco-américain cantonal	33
Fig. 12. — Intérieur du dispensaire cantonal de Cloyes	35
Fig. 13. — Anet. Causerie aux enfants des écoles	37
Fig. 14. — I. Dreux : Le pavillon d’isolement. — II. Dreux : Une cure d’air. — III. Auneau : Un des petits hôpitaux cantonaux	39
Tableau n° 1. — Rendement des 24 dispensaires d’Eure-et- Loir de 1918 à 1923	42

CHAPITRE IV

Fig. 16. — Carte de Paris montrant le nombre de décès par tuberculose, par arrondissement	45
Tableau n° 2. — Paris. Rendement des dispensaires du XIX ^e arrondissement	49
Fig. 15. — Graphique montrant la mortalité par tuberculose dans plusieurs grandes villes du monde	51

	Pages
Tableau n° 3. — Paris. Mortalité tuberculeuse, par arrondissement, proportion par 100.000 habitants	52
Tableau n° 4. — Paris. Mortalité par tuberculose pulmonaire par arrondissement. Comparaison des années de 1909 à 1913 et 1919 à 1923	53

CHAPITRE V

Fig. 17. — Plans de dispensaires d'importances diverses ..	58
Fig. 18. — Plan d'un dispensaire minimum de 3 pièces ..	64
Fig. 19. — Plan d'un dispensaire avec laryngologie et magasin	65
Fig. 20. — Plan d'un dispensaire avec laboratoire et rayons X	66

CHAPITRE VI

Fig. 21. — Pochette individuelle contenant les fiches	86
Fig. 22. — Fiche de premier examen d'adulte (recto)	88
Fig. 23. — Fiche de premier examen d'adulte (verso)	88
Fig. 24. — Fiche de premier examen d'enfants (recto)	90
Fig. 25. — Fiche de premier examen d'enfants (verso)	90
Fig. 26. — Fiche d'examens spéciaux : radiologie, laboratoire (recto)	92
Fig. 27. — Fiche d'examens spéciaux : radiologie, laboratoire (verso)	92
Fig. 28. — Fiche d'examen de nez, gorge et larynx	95
Fig. 29. — Fiche d'enquête sociale de la famille (recto) ...	94
Fig. 30. — Fiche d'enquête sociale de la famille (verso) ...	94
Fig. 31. — Enveloppe préservatrice contenant la carte d'inscription	96
Fig. 32. — Fiche de rapport du travail des visiteuses (recto)	102
Fig. 33. — Fiche de rapport du travail des visiteuses (verso)	102
Fig. 34. — Registre des présences des tuberculeux diagnostiqués	104
Fig. 35. — Registre des tuberculeux diagnostiqués	104
Fig. 36. — Registre des sorties	104
Fig. 37. — Résumé du travail des infirmières visiteuses	106
Fig. 38. — Registre de la Statistique mensuelle	106
Fig. 39. — Rapport mensuel du travail général d'un dispensaire (recto)	108
Fig. 40. — Rapport mensuel du travail général d'un dispensaire (verso)	109
Fig. 41. — Le Fichier Central : Fiche principale individuelle	113

Fig. 42. — Fiche de notification par un dispensaire ou sanatorium	115
Fig. 43. — Fiche de notification après admission	115
Fig. 44. — Fiche pour modification de sortie d'un malade ..	117
Fig. 45. — Fiche de sortie d'un malade d'un établissement ..	117
Fig. 46. — Fiche pour demande de renseignements (recto) ..	119
Fig. 47. — Fiche pour demande de renseignements (verso) ..	119
Tableau n° 5. — Situation des 9 Fichiers Centraux au 31 décembre 1923	127
Affiche du Serpent	129

CHAPITRE VII

Fig. 6. — Affiche : « Sauvez votre Bébé » !	130
Fig. 6. — Affiche : « Allons tous à la Consultation »	130
Fig. 48. — Quatre affiches « A l'aurore de la Paix. Les revendications des bébés. L'Aigle boche. L'autre péril. » ..	134
Fig. 49. — « Une roulotte d'hygiène » : un camion de propagande	137
Fig. 50. — Le Wagon antituberculeux	139
Fig. 51. — Affiche « Télégramme »	140
Fig. 52. — Cartes montrant les départements visités	142
Fig. 53. — Les Panneaux de l'Exposition antituberculeuse ..	146
Fig. 54. — Le Guignol pour la santé	147
Fig. 55. — Le Diplôme de la Croisade de Bonne Santé	148
Fig. 57. — Petite Affiche d'intérieur	149
Fig. 58. — Le coq Gaulois, jeu de la santé	152
Fig. 59. — I. Le Wagon de la lutte contre la tuberculose ..	158
II. Une Exposition antituberculeuse	158
Fig. 60. — Un tract de propagande	160
Fig. 61. — Un tract de propagande (<i>suite</i>)	161
Fig. 62. — Brest : Affichage dans la rue	163
Fig. 63. — Affiche « Suivez ces Conseils, vous vivrez longtemps »	163
Fig. 64. — Quelques cartes postales de propagande	166
Fig. 65. — Grande affiche extérieure « Combattez la Tuberculose »	168
Fig. 66. — Le timbre français antituberculeux	169
Fig. 67. — Le camion d'une équipe de propagande	173

CHAPITRE VIII

Fig. 77. — Schéma des dispensaires de l'Hérault	176
Fig. 70. — Rennes : Réception de la Mission Rockefeller ..	180

	Pages
Fig. 78. — Schéma des dispensaires de la Loire	182
Fig. 73. — Un tract de propagande : « Il faut que vous sachiez »	190
Fig. 75. — Affiche : « La classe en plein air »	197
Fig. 74. — Une classe aérée aux Etats-Unis	200
Fig. 72. — Schéma des dispensaires du Loiret	202
Fig. 76. — Carte de France montrant le type d'organisation dans les départements	211
Fig. 71. — Carte de l'organisation antituberculeuse du Finistère	214
Fig. 79. — Automobile du service rural dans le Finistère ..	217
Fig. 80. — Plan administratif des dispensaires dans le Finistère	217
Fig. 81. — Carte montrant les 79 départements organisés de 1917 à 1922	220
Fig. 68. — Carte montrant les 22 dispensaires au 31 décembre 1917	222
Fig. 69. — Carte montrant les 421 dispensaires au 31 décembre 1922	223
Fig. 82. — Carte montrant les départements subventionnés par la Mission Rockefeller de 1918 à 1922 inclus	227
Tableau n° 6. — Evolution des dispensaires antituberculeux en France de 1917 à 1923	228
Fig. 83. — Quatre cartes de France montrant le développement des dispensaires	229
Fig. 84. — Affiche en faveur des sanatoriums	233

CHAPITRE IX

Fig. 84 <i>bis</i> . — Affiche de « La Visiteuse d'Hygiène »	284
--	-----

CHAPITRE XI

Fig. 84 <i>ter</i> . — Carte de déclaration de décès en Suisse	328
Fig. 85. — Graphique : « La Mortalité générale dans divers pays (1810-1920)	332
Tableau n° 7. — Mortalité générale et natalité 1901-1911-1921	335
Fig. 90. — Graphique montrant l'excédant de la mortalité sur la natalité, dans différents pays (1921)	336
Fig. 86. — Graphique « La mortalité infantile dans divers pays »	339
Tableau n° 8. — Mortalité infantile dans divers pays en 1913 et 1921	340

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

489

Pages

Tableau n° 9. — La part de la tuberculose dans la mortalité générale, années 1906, 1913 et 1919	343
Fig. 87 et 88. — Cartes de France montrant la mortalité par tuberculose dans chaque département, en 1913 et en 1919	344 et 345
Tableaux n°s 10 et 11. — Classification des départements par ordre de leur plus haute mortalité par tuberculose, en 1913 et en 1919	346 et 347
Fig. 88 bis. — Graphique : La mortalité par tuberculose, dans divers pays, 1906 à 1923	349
Tableau n° 12. — Classification de divers pays en 1906, en 1913 et en 1918 par ordre de la plus grosse mortalité par tuberculose	350
Fig. 89. — Graphique : La réduction dans la mortalité par tuberculose aux Etats Unis, de 1900 à 1921	355
Tableau n° 13. — La réduction dans la mortalité par tuberculose, comparaison entre 1910 et 1920, aux Etats-Unis ..	357
Fig. 90. — Graphique : La diminution de la mortalité par tuberculose, de 1900 à 1923, à New-York et aux Etats-Unis	359

CHAPITRE XII

Tableau n° 14. — Travail accompli par les dispensaires de 1917 à 1923	362
Fig. 92. — Graphique : Les dispensaires envoyant des rapports mensuels	365
Fig. 93. — Carte : Les départements ayant un Fichier Central	365
Fig. 94. — Quatre Cartes : Les départements coopérant avec la Mission 1918-1921	365
Fig. 95. — Graphique : Le développement des dispensaires de 1917 à 1925	368
Fig. 96. — Graphique : Nombre de visites à domicile par mois et par année	371
Fig. 97. — Graphique : Nouvelles admissions dans les dispensaires par mois et par année	371
Fig. 98. — Graphique : Nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués mensuellement	371
Fig. 99. — Graphique : Nombre de consultants et de tuberculeux inscrits dans les dispensaires de 1918 à 1922	371
Fig. 100. — Graphique : Nombre de personnes venues aux consultations par mois	371
Fig. 101. — Graphique : Classification des malades sortis des dispensaires en 1921	371

Fig. 102. — Graphique : Nombre des nouveaux cas de tuberculose dépistés mensuellement, par les dispensaires, de 1918 à 1923	377
Fig. 103. — Graphique : Nombre de consultants et nombre de tuberculeux suivis chaque année, de 1918 à 1924	383
Tableau n° 15. — Travail accompli par tous les dispensaires de France au cours de chaque année de 1917 à 1923 ..	386
TABLEAU GÉNÉRAL 16. — Etat comparatif de l'action générale de 440 dispensaires et de leur rendement, de 1921 à 1925	387 à 407

CHAPITRE XIII

TABLEAU GÉNÉRAL 17. — Etude comparative du rendement des dispensaires antituberculeux au 1 ^{er} janvier 1924 ..	419 à 440
L'Armement antituberculeux nécessaire dans les départements et arrondissements de France.	

Statistique des décès par tuberculose en 1913, en 1919 et en 1922 par départements et arrondissements.

Estimation du nombre de tuberculeux vivants à dépister dans chaque arrondissement de France.

CHAPITRE XIV

Tableau n° 18. — Provenance des fonds employés pour la lutte antituberculeuse en France de 1919 à 1922	440
Tableau n° 19. — Répartition des dépenses de la Mission Rockefeller en France, 1918 à 1922	449
Tableau n° 20. — Dépenses engagées contre la Tuberculose dans les départements de France. (Fonds Français et Fonds Américains.)	452 à 455
Tableau n° 21. — Fonds Français votés par les Conseils généraux (1919 à 1924)	458
Fig. 104. — Graphique : Provenance des Fonds employés pour la lutte antituberculeuse de 1919 à 1922	459
Tableau n° 22. — <i>Provenance des fonds français</i> , de 1919 à 1922 inclus	463
Tableau n° 23. — <i>Analyse des budgets annuels du Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance Publique</i> , de 1919 à 1923	464 à 465
Tableau n° 24. — <i>Lutte antituberculeuse</i> : Dépenses effectuées par l'Etat de 1922 à 1924 inclus	466



TABLE DES MATIÈRES



	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
LA FONDATION ROCKEFELLER	7
Une mission spéciale en France	7
CHAPITRE II	
BUT ET PROPAGANDE DE LA MISSION ROCKEFELLER	17
Ce qui existait en France en 1917	17
Programme d'action de la Commission Américaine Rocke- feller	20
CHAPITRE III	
UN CHAMP D'EXPÉRIENCE : LE DÉPARTEMENT D'EURE-ET-LOIR....	27
Nécessité d'une démonstration	27
Choix du département	29
Plan d'Organisation	30
Les Dispensaires	31
Le Service Médical	34
Le Service social de Prophylaxie et d'Assistance	36
Hôpitaux et Sanatoriums	38
Que coûte une telle Organisation ?	38
Quels furent les Résultats obtenus ?	40
CHAPITRE IV	
UNE DÉMONSTRATION A PARIS DANS LE XIX ^e ARRONDISSEMENT..	43
Les dispensaires	44
Service de laboratoire	46
Les établissements de traitement	47
Le personnel médical	47
Quelques résultats	48
L'effort parisien depuis 1920	48

Remarques générales sur l'expérience d'Eure-et-Loir et du XIX ^e arrondissement de Paris	52
---	----

CHAPITRE V

LES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX ET LEUR ORGANISATION ...	59
Rôle des Dispensaires	60
Les Centres Antituberculeux	62
Installation du Dispensaire	63
Formules de Budget d'un Dispensaire	67
Formule de Budget pour un Comité ou Office Départemental	69
Liste de mobilier et fournitures pour dispensaires	76

CHAPITRE VI

MÉTHODE D'ORGANISATION INTÉRIEURE DES DISPENSAIRES ANTI- TUBERCULEUX	85
Le système des fiches américaines et le fichier central médical	85
La statistique des dispensaires et le système des fiches	87
Classification des malades	97
Renseignements techniques et diagnostics réglementaires ..	100
Méthode de statistiques des dispensaires	103
Le Fichier Central Médical	111
Fonctionnement du Fichier	114
Les Fichiers Centraux dans les départements	121
Quelques résultats des Fichiers Médicaux	122
Situation des 9 Fichiers Centraux au 31 décembre 1923	126
Le Fichier central d'assistance	127

CHAPITRE VII

LA CAMPAGNE DE PROPAGANDE CONTRE LA TUBERCULOSE POUR L'ÉDUCATION POPULAIRE	131
Moyens d'action	136
Les équipes ambulantes de propagande	137
Cinq années... sur les routes de France !	143
Autres moyens de propagande :	
Les expositions	145
Le guignol	145
La Croisade de bonne santé	149
Instructions aux Professeurs et aux Parents	149
La Publicité par la Presse : Quelques articles	153
Les films cinématographiques	156
La Propagande par les imprimés	162

	Pages
Les affiches	162
Les brochures, tracts, cartes postales	165
Un bulletin populaire : « La Vie saine »	167
Le timbre antituberculeux	169
Création d'un organisme central de propagande	170

CHAPITRE VIII

L'ŒUVRE D'ORGANISATION DANS LES DÉPARTEMENTS	175
Méthode générale d'organisation	184
Le Plan d'organisation départementale antituberculeuse ..	187
Le Problème à résoudre	188
Le Programme proposé	191
Formules et règlements adoptés à la Mission Américaine. .	210
De 1918 à 1923.	
Résultats obtenus par la Mission Rockefeller dans l'organi-	
sation départementale. Progrès accomplis dans l'arme-	
ment antituberculeux	221
L'aide financière dans les départements	225
Le développement des dispensaires d'hygiène sociale et de	
préservation antituberculeuse	226
Les sanatoriums, préventoriums et services d'isolement hos-	
pitalier	230
Etat de l'armement antituberculeux au 31 décembre 1923.	
Sanatoriums et Hôpitaux pour Tuberculose pulmonaire	234
Lits d'isolement dans les hôpitaux généraux (année 1922)	238
Préventoriums et Centres de placement (enfants principale-	
ment)	240
Hôpitaux-Sanatoriums pour tuberculose chirurgicale	243
Colonies sanitaires. Ecoles de rééducation	246
Législation antituberculeuse	247
Type de statuts d'un Comité départemental d'hygiène so-	
ciale et de préservation antituberculeuse. Formule d'asso-	
ciation déclarée	253
Principes de fonctionnement administratif, médical et social	
et Règlement intérieur d'un Comité départemental, des	
Comités locaux et des Dispensaires d'hygiène sociale et	
de préservation antituberculeuse	265

CHAPITRE IX

LES INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE ET LES ECOLES DE FOR-	
MATION	285
Le rôle de la visiteuse d'hygiène dans la médecine préven-	
tive. La contribution américaine. Résultats	296

CHAPITRE X

	Pages
LA SURVEILLANCE TECHNIQUE DES ORGANISATIONS ANTITUBERCULEUSES	299
Etude du rendement des dispensaires	300
Ce que l'inspection technique nous a révélé	303
Le Problème de la visiteuse d'hygiène	306
Insuffisance de l'outillage technique	307
Difficultés du service médical	309
Médecins spécialisés des dispensaires d'hygiène sociale	313
Cours de Perfectionnement sur la Tuberculose	315

CHAPITRE XI

LES STATISTIQUES DES CAUSES DE DÉCÈS. <i>Une Science spéciale.</i>	
LA MORTALITÉ GÉNÉRALE, LA MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE ET LA NATALITÉ EN FRANCE. <i>Comparaison avec plusieurs pays étrangers. Résultats obtenus dans différents pays</i>	321
La déclaration des causes de décès	321
Combien de personnes meurent en France de tuberculose chaque année. Comment sont déclarées les causes de décès en France	324
Le Système suisse de déclaration des causes de décès	327
Impossible d'enrayer le mal et la proportion du mal, si l'on ignore ceux qui le portent	330
La mortalité générale et la mortalité par tuberculose en France. Comparaison avec plusieurs pays étrangers	331
La natalité en France	334
Quel rôle jouent, dans cette mortalité élevée, les maladies infectieuses, microbiennes, parmi lesquelles la tuberculose?	337
Mortalité infantile	338
La mortalité par tuberculose en France	340
Deux points importants	342
La mortalité par tuberculose dans les départements de France	344
Comment se comparent les terribles ravages de la tuberculose avec ceux causés dans d'autres pays?	348
Le progrès acquis dans le contrôle de la maladie. La tuberculose diminue-t-elle dans les pays bien organisés et suffisamment outillés?	351
Les résultats aux Etats-Unis	353
Quelques résultats en France	360
Conclusion	360

CHAPITRE XII

	Pages
LE SERVICE DE STATISTIQUE. SON ŒUVRE. SES RÉSULTATS	363
Travail accompli par les dispensaires antituberculeux de 1917 à 1923 inclus	363
Analyse des rapports mensuels pour la France entière	367
Relevé des résultats dans les dispensaires en liaison avec la Mission Américaine	369
Année 1922. Relevé des résultats obtenus	373
Année 1923. Relevé des résultats obtenus	378
L'ensemble de la France en 1923 et en 1924	382
Conclusion	382

CHAPITRE XIII

ETUDE DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX NÉCESSAIRE DANS CHAQUE DÉPARTEMENT DE FRANCE ET TABLEAU COMPARATIF DU RENDEMENT DES DISPENSAIRES	409
Comment déterminer les éléments d'un programme antitu- berculeux?	409
Comment connaître le nombre de tuberculeux vivants?	410
Département des Côtes-du-Nord (très tuberculeux). Pro- gramme antituberculeux	414
Département d'Eure-et-Loir (moyennement tuberculeux). Programme antituberculeux	415
L'Ensemble de la France. Programme antituberculeux	416

CHAPITRE XIV

L'EFFORT FINANCIER DES COMITÉS DÉPARTEMENTAUX DES CON- SEILS GÉNÉRAUX ET DE L'ÉTAT. DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	441
Contribution de la Commission Rockefeller et de la Croix Rouge Américaine	441
Type de lettre Contrat	443
Type de proposition de don	444
Peut-on se déclarer satisfait de l'effort financier réalisé en France? Certainement oui. Ressources des Comités dé- partementaux	455
L'aide financière des Conseils généraux	457
L'effort financier de l'Etat et le budget de l'hygiène	460
Total des Fonds Français	461
Statistique financière	467
RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	471

PARIS. — SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION.
